

UNIVERSIDADE DE LISBOA
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO



**Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório:
criação de um dispositivo de formação**

MARINA ALEXANDRA NEVES GLÓRIA TEIXEIRA

MESTRADO EM EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO
Organização e Gestão da Educação e da Formação

Trabalho de Projeto

UNIVERSIDADE DE LISBOA

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO



Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: criação de um dispositivo de formação

MARINA ALEXANDRA NEVES GLÓRIA TEIXEIRA

Trabalho de Projeto orientado por:

Professora Doutora Natália Alves

MESTRADO EM EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO
Organização e Gestão da Educação e da Formação

2018

*“É preferível ir abrindo caminho,
ir corrigindo o percurso, melhorando-o,
tornando-o pouco a pouco mais funcional e perfeito,
do que estar à espera de conseguir as condições
para abrir uma auto-estrada.”*
(Edgar Morin, 2005)

Agradecimentos

Agradeço à Sra. Professora Doutora Natália Alves toda a disponibilidade, partilha de sabedoria e apoio incondicional e por me ter incentivado a continuar este meu projeto pessoal e profissional. Sem ela nada teria sido possível.

Agradeço aos meus colegas de curso e de trabalho, por todo o apoio dado através da partilha de conhecimento e de experiências. Um muito obrigado à Sra. Enfermeira Chefe Fátima Almeida por toda a colaboração, disponibilizando sempre que possível, momentos de aprendizagem e tempo para trabalho individual e por ter sempre acreditado em mim.

Ao Miguel Santos, Maria Amélia Teixeira e Manuela Santos por toda a força que me transmitiram, nunca me deixando desvanecer mesmo nos momentos mais difíceis, ajudando-me a todos os níveis.

Ao meu filho por perceber que nem sempre conseguia estar presente para ele, por me ter incentivado a não desistir mesmo nos momentos que mais precisou de mim e eu não pude estar lá.

Resumo

O presente trabalho de projeto consiste na conceção de um dispositivo de formação para os enfermeiros do Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz e visa ajudar no processo de integração de enfermeiros no bloco operatório, procurando solucionar um problema detetado não só pelos elementos em integração, como pelos enfermeiros integradores e a equipa coordenadora do serviço.

Com base no diagnóstico de necessidades determinaram-se as principais dificuldades existentes no processo de integração dos enfermeiros no bloco operatório e construiu-se um plano de integração único para todas as valências cirúrgicas existentes no serviço. Auscultou-se a equipa de enfermagem no que diz respeito à criação de vídeos com os principais passos das diversas cirurgias efetuadas no bloco operatório central, por valência cirúrgica, em que se pretende envolver toda a equipa procurando dar continuidade em projetos futuros no serviço.

Palavras-chave: Educação de adultos, formação profissional, formação de integração e enfermeiros

Abstract

The present work project consists in the elaboration of a training device created for the nurses of the Central Operating Room of the Hospital Egas Moniz and aims to help in the integration process of nurses in the operating room, trying to solve a problem detected not only by the integration elements, but also by the integrating nurses and the coordinating team of the department.

Based on the diagnosis of needs, the main difficulties in the integration process of the nurses in the operating room were determined, and a single integration plan was constructed for all the surgical areas that exist in the department. The nursing team was interviewed regarding the creation of videos with the main steps of the various surgeries performed in the central operating room for each surgical area in which it is intended to involve the whole team and follow up on future projects in the department.

Key words: Adult education, professional qualification, integration training, nurses

Índice

Índice de figuras	ix
Índice de quadros	x
Lista de siglas e acrónimos	xi
Introdução	13
I – Enquadramento geral	15
1. Justificação da necessidade de intervenção	15
2. Formação profissional em contexto hospitalar	28
2.1. A organização hospitalar e a formação em contexto de trabalho	28
2.2. Aprendizagem experiencial – importância da experiência e da reflexão	31
2.3. Modelo de aquisição de competências	39
3. Integração de enfermeiros	44
3.1. Especificidades do bloco operatório	44
3.2. Enfermagem de sala de operações	47
3.3. O processo de integração	56
3.3.1. Programa de integração	62
4. O ciclo formativo	70
4.1. Fases do processo de formação	70
e que passarei a explicar de forma sumária	71
4.2. Organização da ação formativa	77
5. Caracterização da organização e serviço onde se desenvolve o trabalho de projeto	82
5.1. Procedimentos metodológicos usados na caracterização da organização e do serviço	84
5.2. Modelo organizacional do Hospital de Egas Moniz	85
5.3. Caracterização do Bloco Operatório Central	94
II – Diagnóstico de necessidades de formação	109
1. Metodologia	110
1.1. Técnica de recolha de dados	112
1.2. Técnica de tratamento dos dados	114
1.3. Descrição dos participantes	116
2. Apresentação do diagnóstico de necessidades de formação.	118

2.1.	Identificação do problema	118
2.2.	Caraterização do processo de integração de enfermeiros no Bloco Operatório Central 118	
2.2.1.	Principais dificuldades sentidas no processo de integração	118
2.2.2.	O cumprimento dos planos de integração	132
2.2.3.	A importância dos manuais na integração dos enfermeiros	139
III –	Dispositivo de formação	144
1.	Caraterização dos destinatários	144
2.	Finalidades e objetivos da aprendizagem	144
3.	Plano de integração de enfermeiros no Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz 145	
4.	Avaliação da qualidade do plano de integração	164
Conclusão	165
Bibliografia	167
Anexos	174
Anexo I –	Guião de entrevista a efetuar aos enfermeiros integradores.....	174
Anexo II –	Guião de entrevista a efetuar aos enfermeiros com três ou menos anos de serviço ...	178
Anexo III -	Guião de entrevista a efetuar aos enfermeiros da equipa de coordenação	182
Anexo IV –	Entrevistas efetuadas aos enfermeiros integradores	186
Entrevista 1.....		187
Entrevista 2.....		202
Entrevista 3.....		210
Entrevista 4.....		224
Entrevista 5.....		234
Entrevista 6.....		243
Anexo V –	Entrevistas efetuadas aos enfermeiros com três ou menos anos de serviço.....	249
Entrevista 7.....		250
Entrevista 8.....		271
Entrevista 9.....		287
Entrevista 10.....		307
Entrevista 11.....		316
Entrevista 12.....		325
Anexo VI -	Entrevistas efetuadas aos enfermeiros da equipa de coordenação.....	334
Entrevista 13.....		335
Entrevista 14.....		343

Anexo VII – Análise das entrevistas a efetuar aos enfermeiros integradores	352
Anexo VIII – Análise das entrevistas a efetuar aos enfermeiros com três ou menos anos de serviço	380
Análise das entrevistas efetuadas aos enfermeiros que se encontram em integração	381
Anexo IX – Análise das entrevistas a efetuar aos enfermeiros da equipa de coordenação	404

Índice de figuras

Figura 1 - Dimensões estruturais subjacentes ao processo de aprendizagem experiencial e as formas de conhecimento básico resultantes	35
Figura 2 - Níveis de desenvolvimento segundo o modelo Dreyfus de aquisição de competências	40
Figura 3 - Modelo de formação e prática da Enfermagem Perioperatória	50
Figura 4 - Objetivos específicos do programa de integração	71
Figura 5 - Características do enfermeiro integrador	76
Figura 6 - Fases do processo de formação nas organizações	77
Figura 7 – Desenvolvimento do processo de formação nas organizações	76
Figura 8 – Ciclo de formação e o modelo ADORA	87
Figura 9 –Organograma do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	83
Figura 10 - Burocracia profissional	87
Figura 11 – Planta do 2º Piso do Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz	95
Figura 12 - Organograma da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do HHEM	97
Figura 13 -Distribuição dos enfermeiros do Bloco Operatório Central do HEM por grupo etário	99
Figura 14 – Tempo de serviço dos enfermeiros do HEM do BOC	99
Figura 15 - Taxa de utilização das salas operatórias do Bloco Operatório Central do HEM	101
Figura 16 – Avaliação da satisfação dos doentes operados	104

Índice de quadros

Quadro 1 - Política de qualidade. Quadro conceptual - padrões de qualidade dos cuidados de enf...	16
Quadro 2 - Síntese da teoria experiencial de David Kolb	37
Quadro 3 - Funções do enfermeiro de apoio à anestesia	51
Quadro 4 - Funções do enfermeiro circulante	52
Quadro 5 - Funções do enfermeiro instrumentista	54
Quadro 6 - Funções do enfermeiro da Unidade de Recuperação Pós Anestésica	56
Quadro 7 - Atividades do integrador e do enfermeiro em integração	64
Quadro 8 - Caraterísticas da burocracia profissional	93
Quadro 9 - Número de cirurgias no Bloco Operatório Central	100
Quadro 10 - Indicadores de mobilidade dos enfermeiros por ano no BOC do HEM	102
Quadro 11 - Comparação entre os indicadores de assiduidade dos enfermeiros do BOC do HEM ...	103
Quadro 12 - Caraterização dos entrevistados.....	117

Lista de siglas e acrónimos

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AO – Assistentes Operacionais

AORN – Association of periOperative Registered Nurses

BOC – Bloco Operatório Central

BOOFT – Bloco Operatório de Oftalmologia

CEF – Centro de Educação e Formação

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

DSE – Direção dos Serviços de Enfermagem

EORNA – European Operating Room Nurses Association

EPE – Entidades Públicas Empresariais

EPT – Exercício Profissional Tutelado

HEM – Hospital de Egas Moniz

HSC – Hospital de Santa Cruz

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde

IQF – Instituto para a Qualidade na Formação

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL – Otorrinolaringologia

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

SA – Sociedade Anónima

SGERH – Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SSO – Serviço de Saúde Ocupacional

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

URPA – Unidade de Recuperação Pós Anestésica

Introdução

O presente trabalho de projeto surge no âmbito do Mestrado em Educação e Formação, especialização em Organização e Gestão da Educação e da Formação, após ter sido detetado um problema de formação no serviço bloco operatório central do Hospital de Egas Moniz - a necessidade de rever o programa de integração dos enfermeiros que entram de novo para o serviço ou dos elementos que iniciam novas integrações em diferentes valências cirúrgicas. O seu título é “Integração de enfermeiros no bloco operatório – criação de um dispositivo de formação”.

Surge como trabalho de projeto por me permitir não só perceber como intervir, mas também com o objetivo de resolver o problema detetado no serviço onde exerço funções de gestão enquanto enfermeira especialista e responsável pela formação em serviço.

O trabalho dos enfermeiros em bloco operatório é muito específico e as bases leccionadas no curso de licenciatura ficam muito aquém das necessidades. Todo o processo de aprendizagem se baseia essencialmente em três grandes pilares: saber estar, saber ser e o saber fazer que passa muito através da experiência dos enfermeiros peritos do serviço para os novos elementos em cada valência cirúrgica. Pelas entrevistas efetuadas aos três grupos de profissionais diretamente envolvidos nos processos de integração de enfermeiros no bloco operatório central do Hospital de Egas Moniz, nomeadamente enfermeiros integradores, elementos em processo de integração e enfermeiros da equipa de coordenação, foram identificadas necessidades de formação urgentes no que se refere à forma como se desenvolvem os programas de integração, e os planos em que se baseiam.

Elementos bem integrados no serviço, que conheçam as suas funções e saibam desempenhá-las corretamente, capazes de prestar cuidados de elevada qualidade sem nunca sujeitar os doentes a riscos desnecessários são o futuro do serviço que se pretende de excelência. Para tal, uma boa integração é indispensável, sem a qual nada disso é possível, daí a necessidade de desenvolver este dispositivo de formação.

Considero que através da criação deste dispositivo de formação e da remodelação dos programas de integração no bloco operatório central, poderei colaborar de forma positiva na qualidade da formação no serviço feita aos elementos em processo de integração, permitindo-lhe construir um percurso que sirva de sustentação no seu exercício profissional futuro.

O trabalho encontra-se dividido em três partes, iniciando-se com a introdução em que procuro contextualizar o tema.

Na primeira parte, enquadramento geral, procuro justificar o tema pela necessidade expressa de intervenção, expondo os motivos para a realização do projeto e quais as suas principais finalidades. De seguida interpele quatro grandes temas: a formação profissional em contexto hospitalar, em que reflito sobre a importância da aprendizagem experiencial, dando ênfase à experiência no processo de aquisição de competências; a integração de enfermeiros e as suas especificidades em bloco operatório, nomeadamente a enfermagem de sala de operações, o processo e o programa de integração; o ciclo formativo com as suas fases e modos de organização e por fim a caracterização da instituição e do serviço onde se desenvolverá o trabalho de projeto.

Na segunda parte abordo o diagnóstico de necessidades de formação, em que falo essencialmente da metodologia utilizada, a técnica de recolha e tratamento de dados e faço a descrição dos participantes e em que é apresentado o diagnóstico de necessidades de formação com a identificação do problema e a caracterização do processo de integração dos enfermeiros no bloco operatório central no que diz respeito às principais dificuldades sentidas no processo de integração, o cumprimento dos planos de integração e a importância atribuída aos manuais no processo de integração de enfermeiros.

Na terceira e última parte encontra-se o dispositivo de formação que se inicia pela caracterização dos destinatários, se apresentam as finalidades e objetivos da aprendizagem, a modalidade e metodologia de formação a utilizar, o plano de integração de enfermeiros no bloco operatório central e a forma de avaliar a qualidade do plano de integração.

Na conclusão procuro fazer uma reflexão sobre o projeto desenvolvido, seguida da bibliografia e dos anexos onde se encontram entre outros documentos os guiões de entrevista e as entrevistas transcritas para além da sua análise categorial temática.

I – Enquadramento geral

1. Justificação da necessidade de intervenção

O Hospital é uma organização complexa onde se prestam diversos tipos de cuidados apostando essencialmente na prevenção (consultas, exames) e no tratamento (internamentos, bloco operatório, serviço de Medicina Física e Reabilitação, etc.) em que se procura “recuperar, manter e incrementar os padrões de saúde de seres humanos” (Senhoras, 2007, p. 45).

O bloco operatório é um serviço fechado, para muitos considerado misterioso, até mesmo ameaçador, essencialmente pelo tom cinza do material de inox que impera em todo o instrumental cirúrgico utilizado nas várias cirurgias que lá tomam lugar, pela utilização de uniformes e proteções, por trás das quais as pessoas não são reconhecidas e que acentuam a ansiedade e o stress dos doentes e marcam a diferença entre este e os demais serviços hospitalares. Para além disso, a anestesia surge como uma ameaça ao tirar a consciência dos doentes que serão operados, não dando grandes certezas se voltarão a ficar bem ou até mesmo a acordar. A cirurgia pode colocar em causa a integridade física do doente. Estes e outros sentimentos fazem com que sejam tão importantes os cuidados desempenhados pelos enfermeiros na área do perioperatório (período que compreende o pré, o intra e o pós-operatório imediato). Assim, e de acordo com Pinto (2013, p.11)

“o papel de um enfermeiro no Bloco Operatório combina o conhecimento tecnológico e competência associada a instrumentos sofisticados, técnicas e drogas modernas, assinalando que as competências básicas de enfermagem são adquiridas através do treino e da experiência que são vitais para o cuidado ao doente em segurança”.

São vários os rituais existentes no bloco operatório e são estranhos a quem lá não trabalha. Diariamente pode surgir a necessidade de atuar de forma imediata e eficiente em situações imprevistas, pois com frequência as cirurgias complicam, surgem hemorragias, paragens cardíacas, alergias ou até mesmo anafilaxias que podem vir a pôr em causa a vida do doente, podendo mesmo levar à morte. Frequentemente, é necessário mudar todo o programa operatório, por exemplo com a vinda de uma emergência, desafiando os profissionais a colocar em prática os seus conhecimentos rapidamente. Todo esse imprevisto não é destituído de conhecimento científico, muito pelo contrário, é baseado nele e em toda uma vasta experiência na área.

Talvez em mais nenhuma área da prestação de cuidados a situação clínica do doente aliada ao seu estado de consciência, aos complexos procedimentos anestésicos e cirúrgicos e ao ambiente envolto na mais avançada tecnologia se exija tanto dos enfermeiros como no bloco operatório. O enfermeiro tem um papel primordial e é imprescindível que o desempenhe corretamente, o que implica conhecimentos e prática que só com a formação e a sua aplicação no dia a dia são possíveis.

A integração de enfermeiros torna-se então primordial para que no futuro sejam prestados cuidados de qualidade, pois tal como refere Santos (2016, p.26)

“o contexto perioperatório é um contexto muito específico, que envolve diversos riscos quer para os profissionais que aqui trabalham, quer para os utentes que aqui são cuidados. Assim, é necessária uma qualificação adequada do pessoal, de modo a diminuir estes riscos ao máximo e proporcionar ao utente cuidados com a máxima segurança”.

No Hospital de Egas Moniz (HEM) existe um “Manual de acolhimento dos enfermeiros do HEM” que pretende apelar ao envolvimento de toda a equipa que se pretende excelente, eficiente, competente e inovador. A preocupação com a promoção e o respeito pelo outro e pela vida humana são a tónica central. Pretende-se desta forma cumprir a missão definida pela Direção dos Serviços de Enfermagem (DSE) e que passa pela prestação de cuidados de saúde humanizados, com elevada qualidade e em conjunto com os utentes, suas famílias e a comunidade em que estão inseridos cuja meta é o seu reconhecimento enquanto um setor de excelência seja na área clínica como na formação.

Como forma de garantir a qualidade dos cuidados prestados, a Direção dos Serviços de Enfermagem desenvolveu a sua política de qualidade, adotando como referência os enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros que norteiam a prática de cuidados e a gestão de serviços e que se encontram esquematizados no quadro 1.

Quadro 1 - Política de qualidade. Quadro conceptual - padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem

Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	Enunciados descritivos
Satisfação dos doentes	Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes
Promoção da saúde	Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde
Prevenção de complicações	Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes
Bem-estar e auto cuidado	Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente
Readaptação funcional	Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde
Organização dos cuidados de enfermagem	Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem

(Fonte: Manual de acolhimento dos enfermeiros do HEM)

A Direção dos Serviços de Enfermagem, no seu Manual de acolhimento dos enfermeiros do HEM (disponível na intranet da instituição) tem objetivos estratégicos traçados que pretende sejam atingidos pelos diversos serviços e que servem de base orientadora na prestação de cuidados de qualidade a seguir enumerados:

“- A centralização da atenção no utente.

- Criação e implementação de uma política de qualidade assumida por todos os colaboradores e reconhecida pelo cliente interno e externo.
- Promoção do conhecimento científico e inovação.
- Qualificação e retenção dos recursos humanos”

Destacando os seguintes vetores estratégicos:

“- Humanização: providenciar cuidados de forma atempada e centrados nas necessidades individuais dos utentes.

- Garantir a excelência dos cuidados promovendo uma cultura de responsabilidade partilhada.
- Promover o conhecimento científico e as boas práticas baseadas na evidência e inovação.
- Proporcionar aos profissionais condições de desenvolvimento e realização profissional, que permitam atrair os melhores e mais motivados.”

Os novos elementos que iniciam funções no HEM são admitidos (salvo as raras exceções das prestações de serviço com recibos verdes que tiveram início num período conturbado e marcado por uma elevada escassez de recursos humanos em determinados serviços e sem os quais seria impossível dar continuidade à prestação de cuidados seguros e com qualidade) por Contrato Individual de Trabalho sem termo com carga horária de 40 horas semanais, passando por um período experimental de 180 dias em que se irá aferir a capacidade do enfermeiro para o respetivo posto de trabalho.

A distribuição dos novos elementos pelos serviços procura ter em conta as suas preferências individuais e está dependente da lotação do serviço, do grau de dependência dos cuidados e do nível de diferenciação dos mesmos.

De forma a ficar perceptível o processo e integração na instituição e serviço irei detalhar as principais etapas por que deve passar o novo elemento desde a sua chegada à instituição até ao desempenho de funções no bloco operatório.

Quando um enfermeiro concorre a uma vaga para trabalhar no HEM, após ser selecionado, reúne com a Enfermeira Diretora de Enfermagem ou com a Enfermeira Supervisora / Adjunta que esclarece e afere a experiência profissional, o regime de contratação, o horário de trabalho semanal,

a remuneração, os serviços preferenciais e outras informações que considerem relevantes. Em seguida, dirige-se ao Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos (SGERH) de forma a formalizar o contrato de trabalho. Posteriormente a enfermeira Supervisora / Adjunta da direção de enfermagem recebe o novo elemento na Direção dos Serviços de Enfermagem e fornece-lhe o manual de acolhimento da instituição. A secretária da Direção acompanha o novo elemento à rouparia a fim de levantar as fardas. A enfermeira Supervisora / Adjunta acompanha-o ao respetivo serviço onde desempenhará as suas funções e apresenta-o ao Enfermeiro Chefe e/ou coordenador que darão a conhecer o serviço ao novo elemento e darão as orientações necessárias para o procedimento de integração ao serviço. Enquanto isso, a secretária da direção de serviços de enfermagem remete as fichas dos enfermeiros recém-chegados para o serviço de saúde ocupacional e Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos.

Os novos elementos frequentarão um programa de integração na organização que decorre periodicamente no Centro de Educação e Formação (CEF) existente na instituição e tem a duração de um dia. Esse curso é efetuado periodicamente sempre que o número de novos elementos no hospital assim o justifica. A secretária da Direção dos Serviços de Enfermagem informa o novo elemento e a respetiva chefia da data agendada e o enfermeiro frequenta o curso durante o tempo de serviço. A responsabilidade do programa de integração na organização é do Centro de Educação e Formação, sem prejuízo do enfermeiro chefe complementar as informações referentes a políticas, procedimentos e outras informações, nomeadamente à articulação entre os diferentes serviços da instituição. O programa de integração está direcionado para fornecer informação genérica sobre o hospital (organização e funcionamento do Hospital de Egas Moniz e do serviço de enfermagem) e alguma formação técnica específica (noções sobre prevenção e controlo da infeção hospitalar, prevenção de acidentes de trabalho e mobilização de cargas), sendo distribuídos documentos informativos que auxiliarão o novo elemento no processo de integração. No final do curso, ser-lhe-á entregue um certificado de presença e participação.

No que refere à integração no serviço, o que está preconizado é que a enfermeira chefe efetue a entrevista de acolhimento em que transmite informações referentes à organização do serviço, funções do pessoal e do novo elemento, horário de trabalho, normas e critérios de avaliação, estrutura física do serviço e normas e orientações para a prestação de cuidados existentes no manual de procedimentos do serviço. Em seguida apresenta o novo elemento aos diversos profissionais da equipa multidisciplinar e procura informar-se da experiência prévia do novo elemento e das suas necessidades de formação.

De seguida, a enfermeira chefe apresenta o plano de integração existente no serviço e discute-o com o novo elemento. Juntamente com ele efetua o diagnóstico inicial das necessidades de

orientação / formação, apresenta o novo elemento ao responsável pela condução do programa de integração e transmite-lhe as necessidades diagnosticadas. O responsável pela condução do programa de integração adequa as atividades propostas consoante a experiência e as necessidades do novo elemento e que podem passar por prestar cuidados de enfermagem para observação do novo elemento, demonstrar o funcionamento de determinados equipamentos e técnicas específicas, disponibilizar bibliografia ou material de apoio (como o manual da qualidade ou o manual de procedimentos existentes no serviço), organizar sessões teóricas, orientar e supervisionar os cuidados prestados pelo novo elemento e proporcionar-lhe condições para experimentar novas técnicas.

Ao fim do primeiro mês de integração, a direção dos serviços de enfermagem envia ao novo elemento um questionário composto por perguntas abertas e fechadas onde procura conhecer os seus sentimentos no que diz respeito ao seu processo de integração e a fase em que se encontra no mesmo.

Finda a primeira metade do período de orientação, a enfermeira chefe, o enfermeiro responsável pela condução do programa de integração e o novo elemento, avaliam o seu desenvolvimento e progresso e estabelecem novas metas, corrigindo lacunas observadas (reunião intermédia).

Findo o período previsto para a integração, todo o processo é avaliado quer pela enfermeira chefe (concretização de objetivos previstos), quer pelo novo elemento (metodologia do processo). Nem sempre todas estas etapas são cumpridas por falta de elementos da equipa de enfermagem, estando atualmente os enfermeiros muito sobrecarregados nas suas funções, sem muito tempo disponível para os processos de integração.

Existem alguns pressupostos que devem ser tidos em conta no processo de integração do novo elemento da equipa de enfermagem e que a passo a enumerar:

“- A duração do período de integração é variável e dependerá das necessidades do novo elemento e dos requisitos necessários à função que irá desempenhar;

- Durante o período de integração poderá ser considerado um período de tempo em que o novo elemento não é utilizado para responder às necessidades do serviço (números mínimos). Este período deve ser o mínimo indispensável, tomando-se como referência o caso extremo dos recém-formados em que se prevê um período máximo aproximadamente de 4 semanas;

- Durante o período em que será elemento supranumerário, o novo elemento será escalado preferencialmente em manhãs de dias úteis;

- A responsabilidade da integração é repartida simultaneamente entre o novo elemento e a equipa de enfermagem do serviço onde este é colocado;

- A integração de pessoal deve estar previamente planeada, sendo posteriormente adaptada às necessidades individuais segundo a experiência prévia e competências demonstradas pelo novo elemento;
- O programa de integração deve estar direccionado para as funções e atividades a desempenhar, e orientar sobre os conteúdos a abordar, metodologias a utilizar, etapas e prazos a cumprir, os momentos de avaliação e respetivos instrumentos;
- Deverá ser designado 1 elemento responsável pela condução de cada programa de integração. O responsável pela condução do programa de integração deve aliar às capacidades técnicas, acessibilidade, capacidade de comunicação e de concretização de um clima favorável à aprendizagem (motivação, competência, paciência, flexibilidade e apoio);
- O Enfermeiro Chefe deve proporcionar as condições para a concretização do plano de integração assim como efetuar a sua supervisão e avaliação.” (In Procedimento nº 2 da DSE, 2009, p. 1)

Relativamente ao nível de experiência dos novos elementos, o que irá influenciar o tempo de integração, mais ou menos longo, os enfermeiros que iniciam funções no Bloco Operatório Central podem ter três tipos de origem. Ou vêm da escola sem qualquer tipo de experiência profissional, ou de outros serviços (como os internamentos, unidades de cuidados intensivos, consultas, ...) sem experiência de bloco operatório ou já têm experiência de desempenho de funções em outro bloco operatório. Dependendo da sua experiência prévia, assim se tenta colocar o novo elemento numa área em que se sinta mais à vontade para dar início às suas funções. Se o enfermeiro tem experiência na área do bloco operatório, tenta colocar-se numa sala operatória, começando sempre por desempenhar funções de apoio à anestesia, passando para a circulação e por fim instrumentação. Se tem experiência de enfermaria ou de cuidados intensivos, tenta-se que comece pelo recobro (URPA), pois é a área em que os cuidados prestados são mais semelhantes. Se o enfermeiro não tem qualquer tipo de experiência, é um pouco indiferente se começa numa sala operatória ou no recobro. Acaba por ficar um pouco a seu gosto, tendo sempre como prioridade a escolha de uma área que na altura não tenha nenhum enfermeiro recém-admitido em integração ou outro elemento no início de um período de integração.

Existem dois tipos de períodos de integração dos enfermeiros no BOC. Os enfermeiros recém-admitidos (novos elementos no serviço) sem integração em nenhuma valência cirúrgica nem recobro, e os enfermeiros que não sendo recém-admitidos, podem ter integração completa numa ou mais valências cirúrgicas ou recobro, mas que iniciam a sua integração numa outra valência cirúrgica. Isto porque o Bloco Operatório Central tem cirurgias programadas de sete valências cirúrgicas distintas: Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia, Urologia, Cirurgia Vascular e há menos de seis meses Cirurgia Torácica. O facto de um enfermeiro com dois anos de serviço no BOC ter integração numa valência cirúrgica e recobro, não significa que esteja apto para

assegurar uma urgência ou fazer tardes ou turnos de fim de semana (em que há muito menos enfermeiros escalados, logo menor possibilidade de pedir ajuda a alguém). Pela necessidade que há de mensalmente entrarem em horário de *roulement* elementos da equipa fixa procura-se que estes tenham integração na grande maioria das valências cirúrgicas.

Com frequência existe dificuldade em conseguir arranjar valências cirúrgicas ou até mesmo no recobro, momentos para fazer integração a novos elementos sem que haja já elementos em período de integração, pois como se pode verificar há sempre elementos em período de integração no Bloco Operatório Central, sejam eles recém-admitidos ou com alguns anos de experiência no serviço. Daí a importância de trabalhar esta temática.

Todas as integrações são merecedoras de atenção, no entanto, as integrações dos novos elementos com três ou menos anos de serviço foram as que procurei perceber melhor pois são enfermeiros que ainda estão a adquirir as bases do conhecimento de funções no bloco operatório e que ainda não têm estratégias definidas de como atuar em caso de urgência ou emergência.

Os enfermeiros recém-chegados ao serviço ficam acompanhados por um elemento sénior tido como perito do serviço (regra geral o responsável pela valência cirúrgica em que o novo elemento se encontra a fazer integração), por um período mínimo de três meses no final do qual deverá ficar apto a desempenhar funções em pelo menos uma valência cirúrgica. De acordo com Benner (2011, p. 58),

“A enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. A perita que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”

No início de cada nova integração, nas primeiras quatro semanas de funções no Bloco Operatório Central, o enfermeiro encontra-se sem contar para os números mínimos, ou seja, está como supranumerário, havendo nesse caso quatro elementos da equipa de enfermagem na sala operatória ou recobro em vez dos três estipulados. Procura-se que durante esse tempo o enfermeiro fique sempre acompanhado. No entanto, motivado pelo elevado índice de absentismo e face a uma equipa com um número inferior de enfermeiros relativamente à dotação necessária para a prestação de cuidados, associado a períodos de entradas de novos elementos em que entra mais do que um em simultâneo, nem sempre se consegue garantir que nessas quatro semanas os enfermeiros recém-admitidos não tenham que ficar uma ou outra vez a desempenhar funções sem estar acompanhados.

Findas essas quatro semanas, o elemento em integração passa a contar como elemento, sendo três com ele na sala operatória ou no recobro, o que faz com que possa ter que circular ou

instrumentar sozinho sem se encontrar acompanhado pelo integrador, o que regra geral é gerador de *stress*.

Dado o contexto socioeconómico em que Portugal se encontra, e tendo em conta que as integrações dos elementos são dispendiosas (elementos a auferir ordenados e a contar como elemento supranumerário), há uma tentativa de aceleração do processo por parte das Administrações Hospitalares. No entanto, não podemos esquecer que um programa de integração bem definido e conseguido traz não só benefícios para os profissionais como para a instituição por ter formado um profissional mais competente e realizado e que não procura a sua transferência para outro serviço ou instituição em breve. Tal como referido pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP, 2006, p. 285),

“A gestão de recursos humanos tem que adotar uma visão de longo prazo, pois uma boa política de integração só terá resultados visíveis no futuro. É um processo permanente, que pretende manter a organização suprida de pessoas certas, no local certo. Atualmente, é prioritário adequar a pessoa ao seu posto de trabalho, porque, se tal não acontecer, o resultado será o insucesso e a frustração pessoal, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados. Para isso, torna-se necessária a existência de um programa de integração bem definido e estruturado”

A Ordem dos Enfermeiros tem-se mostrado preocupada com esta adaptação dos novos enfermeiros à vida profissional o que resultou na criação de um Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) que contempla o Exercício Profissional Tutelado (EPT) e que consiste num “período de indução e de transição para a prática profissional (...), suportando a gradual assunção de responsabilidade e intervenção autónoma de uma forma que se pretende segura para o profissional e para os clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 4).

Em cada valência cirúrgica existe um manual de integração o que faz com que existam seis manuais para as várias valências cirúrgicas, um para a unidade de recuperação pós anestésica (URPA) e um para a equipa de urgência, logo, oito manuais de integração no serviço. Apercebo-me que com frequência, os novos elementos a quem foi dado a conhecer os planos de integração, referem sentir-se perdidos e confusos com tanta informação. Julgo que seria benéfico haver um único manual de integração que abordasse as funções comuns às diversas especialidades (por exemplo na função de apoio à anestesia) bem como as diversas especificidades de cada uma (por exemplo no que diz respeito à instrumentação das diversas cirurgias). Os enfermeiros responsáveis pelos programas de integração e as enfermeiras da equipa de gestão do serviço, em conversas informais, referem que o plano de integração deveria ser revisto, não só compilando os existentes num único mas revendo os *timings* nele definidos, de forma a ser exequível e a poder ter como modelo nos vários programas de integração efetuados no serviço.

O facto de haver um conjunto de três *dossiers* com variadíssimos procedimentos alusivos aos cuidados de enfermagem a desempenhar em cada especialidade cirúrgica / Unidade de Recuperação Pós Anestésica na sala de enfermagem, de apenas alguns (muito menos de metade) se encontrarem disponíveis na intranet, mas de acesso e consulta pouco fáceis também é, por vezes, alvo de reclamações por parte de vários elementos do serviço.

Tendo em conta que a informação que se vê, ouve e lê se memoriza mais facilmente, julgo que a remodelação dos referidos *dossiers* seria uma mais-valia para o serviço e a criação de pequenos filmes com as informações chave de cada procedimento cirúrgico que estivesse disponível na intranet nos computadores existentes em cada sala operatória e recobro faria com que todos os elementos tivessem acesso à informação sem ter que se deslocar para fora da sala operatória / URPA, logo, do local onde se prestam cuidados ao doente cirúrgico. Pelo mesmo motivo, também deixaria de haver o impasse da espera por estar a ser consultado por outros elementos e seria ultrapassado o problema de desaparecimento de documentos em suporte de papel, pois por vezes as pessoas consultam e levam os documentos, deixando de estar disponíveis para os restantes elementos.

O Bloco Operatório Central é composto por 57 enfermeiros distribuídos por três equipas:

- Fixa - que faz essencialmente manhãs das 8h às 16h; prolongamentos entre as 8h e as 20h; horários intermédios das 12h às 20h; tardes entre as 15:30h e as 23h, tudo de dias de semana; A equipa de fixo é composta por 42 elementos.
- *Roulement* (horário rotativo) que faz os restantes turnos de forma a assegurar o funcionamento do Bloco Operatório Central nas 24h do dia 365 dias por semana, nomeadamente nas noites (entre as 22:30h e as 8: 30h) e nos turnos de fim de semana, tolerâncias e feriados. A equipa de *roulement* é composta por 12 pessoas.
- Gestão – composta por três elementos que fazem a coordenação do serviço.

Existem cinco equipas de *roulement* (horário rotativo) compostas por apenas 12 enfermeiros em vez dos 15 elementos necessários. Visto que deveriam ser três elementos por equipa, mensalmente há necessidade de entrar em horário rotativo 3 elementos da equipa fixa para colmatar a falta dos elementos ou para substituição dos que saem a gozar dias de férias.

Cada equipa tem um responsável de turno, elemento mais experiente, com responsabilidades definidas e que na ausência da enfermeira Chefe de serviço assume a coordenação das equipas de

enfermagem e de assistentes operacionais nos turnos da tarde e noite de dias de semana e todos os turnos de fins de semana e feriados.

O número mínimo de elementos da equipa de enfermagem num turno é de três, abaixo dos quais obriga ao seguimento em horas extraordinárias.

A equipa de gestão é composta pela enfermeira chefe do serviço, a enfermeira coordenadora que apoia e substitui a enfermeira chefe nas suas ausências e impedimentos e a enfermeira responsável pela formação que para além de colaborar nas funções de gestão do serviço é responsável pela elaboração do plano e relatórios anuais da formação em serviço. Todos os elementos do serviço são solicitados a colaborar de forma ativa na formação em serviço, sendo esta área objeto de avaliação de desempenho. A enfermeira chefe faz a supervisão e orientação contínua dos enfermeiros que compõem a equipa de enfermagem que tem a seu cargo. Pelo menos anualmente, e sempre que necessário, a enfermeira chefe reúne com cada enfermeiro a fim de fornecer *feedback* sobre o seu desempenho, analisar os fatores que influenciam o seu rendimento profissional e detetar necessidades de formação.

Os enfermeiros recém-admitidos cumprem o programa de integração ao hospital (com a duração de um dia e em data a definir) e ao serviço. O programa de integração ao serviço deverá ter, segundo a Direção dos Serviços de Enfermagem a duração de quatro semanas (no caso dos elementos recém-formados), sendo o novo elemento acompanhado por um colega mais experiente e ficando como supranumerário, não contando assim como elemento para os números mínimos estabelecidos por turno. Todos os serviços têm um plano de integração acompanhado de uma *check list*, que deverá ser entregue ao novo elemento e que permite identificar as principais áreas e níveis de dificuldade apresentados. É da responsabilidade do novo elemento aproveitar as oportunidades, atualizar-se e melhorar as suas competências recorrendo sempre que preciso à autoformação, solicitando sempre que necessário os esclarecimentos no seu posto de trabalho. Está previsto que nos primeiros seis meses sejam efetuadas duas reuniões de orientação com o enfermeiro chefe e/ou responsável pela integração.

Nesta parte começam a surgir as dificuldades no que diz respeito às integrações dos novos elementos no Bloco Operatório Central, isto porque quatro semanas de integração é francamente insuficiente, essencialmente se o novo elemento não tem qualquer experiência em bloco operatório. Pelas características do serviço (e que se encontram descritas no ponto 5.3 do enquadramento teórico) torna-se muito difícil que o novo elemento se sinta integrado ao fim de quatro semanas numa valência cirúrgica, conseguindo dar uma resposta positiva a todas as solicitações feitas numa

das três áreas da prestação de cuidados no bloco operatório – enfermeiro de apoio à anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista.

O processo de integração no Bloco Operatório Central tem sido alvo de várias críticas por parte dos elementos que lá trabalham, essencialmente enfermeiros em integração, enfermeiros integradores e alguns cirurgiões. As queixas não só são referidas no decurso das avaliações periódicas com a Enfermeira Chefe em que me encontro presente, mas também diariamente em momentos informais por parte das responsáveis de valência (também elas responsáveis pelas integrações dos novos elementos naquela valência) junto da equipa de coordenação. Do mesmo modo, e com frequência, os elementos em integração referem que não se sentem preparados para colaborar em certas cirurgias, tal como pontualmente o referem alguns cirurgiões.

Diariamente (e em dias de semana) as cirurgias programadas têm programa definido para cada sala operatória com início às 8:30h e término às 15:30h (exceto as salas que têm programado horário de prolongamento até às 19:30h). Às sextas-feiras, por ser um dia de reunião das equipas de cirurgiões e de anestesistas, os programas têm início às 9:30h. Nesses dias, a equipa de enfermagem aproveita para fazer apresentações de formação em serviço, segundo um plano traçado em dezembro para o ano seguinte ou para fazer reuniões de serviço em que são discutidos temas importantes, partilhadas informações, prestados esclarecimentos, trabalhadas áreas que necessitem de aperfeiçoamento, etc. Nessas reuniões com frequência se transmitem queixas de que o tempo de integração em cada valência é francamente insuficiente. Os enfermeiros sentem-se pressionados para desempenhar funções sem se sentirem aptos para tal, essencialmente por não terem ainda conseguido ter um treino experiencial aliado aos conhecimentos científicos previamente adquiridos. Os enfermeiros integradores frequentemente referem que sentem que as integrações dos novos elementos são fugazes e em tempo insuficiente para dar resposta a cirurgias cada vez mais complexas em doentes com patologias cada vez mais agressivas. As técnicas cirúrgicas mudam muito rapidamente fruto do avanço tecnológico e exigem que os enfermeiros se mantenham na valência cirúrgica por tempos mais prolongados que o que está estipulado no Bloco Operatório Central – três meses por cada valência cirúrgica – sendo um mês no posto de enfermeiro de apoio à anestesia, um mês a circular e um mês a instrumentar.

Em virtude da falta de tempo para a execução dos processos de integração, nem sempre os enfermeiros integradores dão a conhecer os planos de integração existentes no serviço. O Bloco Operatório Central conta com um plano de integração por cada valência cirúrgica e outro para a Unidade de Recuperação Pós Anestésica (URPA), mais conhecida por recobro e que se situa dentro das instalações do BOC, contando com a equipa de enfermeiros do BOC para a prestação de cuidados

de enfermagem no pós-operatório imediato aos doentes que se encontram a recuperar da anestesia numa das dez unidades existentes.

Os enfermeiros integradores, quando questionados se dão a conhecer os planos de integração aos enfermeiros que se encontram em processo de integração, referem que os planos não são entregues por se encontrarem elaborados de forma muito académica e pouco adaptada à realidade do serviço e que os *timings* neles definidos não são exequíveis de acordo com os tempos definidos para integração. Esse facto leva a que os elementos que se encontram em período de integração se sintam perdidos por não conhecerem os objetivos que devem alcançar em cada etapa do período de integração.

Em conversas informais, na altura das avaliações ou quando questionados, os elementos em integração dizem não conhecer o enfermeiro integrador, passando-se o mesmo na situação inversa em que o integrador refere que o novo elemento aparece na sala operatória, não sendo o integrador informado que irá dar início a um processo de integração. Outros dos pontos referidos como menos positivo é o facto de em cada caso não haver um ou dois integradores mas vários e que não têm conhecimento do ponto em que se encontra o novo elemento no programa de integração.

Por outro lado, nessas alturas, há queixas de ambas as partes que os enfermeiros em integração vão progredindo sem que seja pedido qualquer *feedback* ao integrador ou até ao próprio enfermeiro em integração, passando de enfermeiro de apoio à anestesia para circulante ou deste para instrumentista sem se sentir ainda preparado para tal. Não têm sido feitas entrevistas intermédias nem finais no programa de integração dos novos elementos e uma vez que nem sempre são dados a conhecer os planos de integração, os novos elementos não preenchem a sua autoavaliação nem a discutem nem com o enfermeiro integrador nem com a enfermeira chefe.

Não posso deixar de referir que em janeiro de 2017 mudou a chefia do serviço e que desde então tem havido um esforço suplementar para alterar alguns dos procedimentos nomeadamente voltar a fazer entrevista de avaliação intermédia e final. Quanto aos planos de integração, continua a ser necessário reformulá-los, na tentativa de os adaptar à realidade do Bloco Operatório Central, bem como de ajustar os *timings* neles inscritos ao tempo existente para integração dos novos elementos.

Desde o final do ano de 2017 tem-se assistido à entrada de novos elementos o que talvez permita uma alteração também nos tempos de integração para cada valência cirúrgica, podendo aumentá-los ou quem sabe adaptar o período de tempo de integração aos tempos de aprendizagem de cada elemento, o que seria o ideal, visto que há mais enfermeiros no serviço, sendo então

possível ficarem os novos elementos sem contar acompanhados pelos peritos, mais experientes e responsáveis pelas integrações.

2. Formação profissional em contexto hospitalar

2.1. A organização hospitalar e a formação em contexto de trabalho

As organizações podem ser mais ou menos formalizadas, mais ou menos burocratizadas, mas todas elas têm não só a parte formal com todas as normas e procedimentos, regras e regulamentos que as caracterizam, como também a parte informal que diz respeito aos aspetos não planeados que influenciam a dinâmica da organização e a atuação dos seus elementos, de forma a atingir os objetivos a que se propõem. Esses aspetos não planeados emergem das várias interações e relações sociais entre as pessoas que ocupam diferentes posições dentro da organização, podendo servir como exemplo a comunicação informal efetuada entre funcionários de diferentes unidades ou serviços, referente a assuntos da instituição, mas que não se fez através dos canais formais (AESOP, 2006).

As instituições existem com um propósito, seja ele a produção de bens ou serviços e contam sempre com os recursos humanos, recursos esses que formam a pedra basilar e sem os quais não se conseguem atingir os fins. Para que a organização funcione de forma adequada é necessário que as pessoas desempenhem corretamente as suas funções. A organização hospitalar não é exceção.

Para que se prestem cuidados de qualidade é essencial não só uma formação de base (essencial ao desempenho da profissão) mas também toda uma integração nas normas e regras que regem a organização e uma atualização constante dos conhecimentos, fruto dos avanços tecnológicos e científicos diários. Como refere Freidson (1984, cit. in Abreu, 2001, p. 61), o contexto hospitalar é “um lugar social onde os atores possuem diversos tipos de socialização profissional, percurso formativo e localizações na divisão do trabalho clínico”.

A formação em contexto de trabalho ganha assim uma importância maior, no sentido de preparar o profissional para um desempenho de nível elevado que permita uma prestação de cuidados de qualidade e em segurança para doentes e profissionais.

A formação localizada no posto de trabalho está essencialmente orientada para a prática e baseia-se nos aspetos práticos da profissão que são transmitidos no local de trabalho.

Segundo a Lei de Bases do Sistema Educativo, a formação profissional “para além de complementar a preparação para a vida ativa iniciada no sistema básico, visa uma integração dinâmica no mundo do trabalho pela aquisição de conhecimentos, e de competências profissionais, por forma a responder às necessidades nacionais de desenvolvimento e à evolução tecnológica” (Lei de Bases do Sistema Educativo (46/86), artº 19, p. 3073).

Seja qual for o modelo a seguir, em enfermagem, a formação não formal e informal, bem como a reflexão sistemática, revestem-se de grande importância. Grande parte das competências nestas áreas são desenvolvidas na formação de base e pós básica, mas

“é sobretudo na interação com os colegas de trabalho que os enfermeiros as adquirem... na verdade, no dia a dia do seu exercício de trabalho, o enfermeiro vive experiências e desenvolve formas de atuação que constituem por certo, uma importante fonte de conhecimentos” (Botelho, 1993, cit. in Abreu, 2001, p. 54).

Muitas das vezes a formação informal, que não é intencional, pode não ser reconhecida pelos próprios, como um momento de enriquecimento seja dos seus conhecimentos ou das suas aptidões. Surge como exemplo a passagem de turno em que são debatidos alguns casos, ou a repetição de gestos da instrumentista à semelhança do enfermeiro integrador que lhe está a dar apoio, ou até mesmo o debate de ideias e de passos na mesa da sala de pausa após uma paragem cardíaca de um doente. É um tipo de formação que não obedece a uma forma educativa determinada e segundo Abreu (2001) aparece em situações não educativas de uma ação que não é distinguida como forma educativa, nem reconhecida socialmente como tal. É uma aprendizagem não intencional.

Segundo Pires (2000), o contexto organizacional tem um papel primordial na forma como se valoriza o grau de iniciativa dos seus profissionais, uma vez que as situações de educação informal são diárias e estão presentes no quotidiano das organizações, nas suas regras, tarefas, relações hierárquicas, etc. (Bártolo, 2007). Surge assim o conceito de organização qualificante como sendo a “organização que a partir das suas características específicas favorece as aprendizagens e desenvolve as competências dos sujeitos” (Pires, 2000, cit. in Bártolo, 2007, p. 42). A organização não se limita ao consumo e utilização dos conhecimentos adquiridos pelos seus profissionais na formação inicial, mas sim “numa produção continuada de competências. Não se trata de aprender primeiro para fazer depois, mas de aprender fazendo” (Bártolo, 2007, p. 43).

Também a formação não formal é importante, por exemplo quando em contexto de trabalho surge um novo equipamento. A formação por parte da empresa representante do material não será certificada formalmente, mas é essencial para se conseguir manusear e utilizar de forma correta o aparelho.

O facto de no bloco operatório o trabalho estar centrado na tarefa, acaba por favorecer a repetição e a rotina dos procedimentos (D’Espiney, 1995). A formação em serviço enquanto valorizadora da formação formal realizada no local de trabalho em momentos em que não há atividade profissional (como é o caso do bloco operatório à sexta feira de manhã entre as 8h e as

9:30', altura em que os cirurgiões e os anestesistas fazem as reuniões de serviço) também é muito utilizada em meio hospitalar.

A aprendizagem pela experiência é muito valorizada na enfermagem e a formação contínua dos profissionais de enfermagem “tem um significado especial para a profissão, uma vez que permite dar visibilidade social a processos que se incluem na sua estrutura identitária, mas que se encontram invisíveis (...), sendo por tal motivo omitidos pela investigação, formação e prática profissional” (Abreu, 1996, p. 449).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, e no seu artº 88, c) “Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Código Deontológico, 2005, p. 133), indica-nos que a formação continua é essencial. Seja em contexto académico ou profissional, a procura pela melhoria da qualidade, pela excelência, leva os profissionais a uma procura constante de formação. Será a formação que vai ampliar os conhecimentos, renovando e sustentando os já existentes.

Os profissionais procuram aprofundar os seus conhecimentos no local de trabalho, de forma a poderem colmatar possíveis lacunas existentes na prestação de cuidados, na resolução de problemas, e como forma de melhorar as suas competências (Pinto, 2015).

Como nos dizem Assad e Viana (2003, p. 45) “depois de uma experiência mais longa na prática, o saber académico ocupa plano secundário, em favor da prática profissional, que se torna a primeira referência, na conduta empreendida pelo trabalhador a fim de prestar cuidados e dar continuidade à construção de suas competências”.

Quando os enfermeiros saem da escola e se iniciam no mundo do trabalho pela primeira vez, chegam muito apoiados nas teorias, nas técnicas e nos modelos do cuidado, e à medida que vão desempenhando as suas funções na prestação de cuidados, há uma movimentação entre saberes teóricos e práticos em que a experiência “representa o refinamento de noções e teorias preconcebidas através do encontro com várias situações da prática que adicionam nuances à teoria” (Assad e Vieira, 2003, p. 46). Assim, o enfermeiro vai-se tornando especialista o que representa um abandonar do forte apoio nas regras e *guidelines* e o início de uma prestação de cuidados mais ágil.

A formação profissional não acaba nunca, implicando uma “contínua aquisição de conhecimentos, atitudes e competências ao longo da carreira” (Pimentel, 2007, p. 159).

2.2. Aprendizagem experiencial – importância da experiência e da reflexão

A formação em contexto de trabalho hospitalar toma um lugar de destaque ao induzir a compreensão da ação e a reflexão nas práticas exercidas pelos profissionais, dando visibilidade aos saberes de cada profissão (Honoré, 1992).

A aprendizagem experiencial é muito importante pois tem por base a valorização das situações de trabalho e os problemas reais encontrados no exercício do trabalho. A formação experiencial pode ser definida como “uma formação mediante contacto direto, sem programa, nem livro, sem mediador, mas reflectida. O sujeito forma-se porque experiencia, vive, trabalha, relaciona-se com o meio” (Bártolo 2007, p. 27).

Uma das formas de melhorar a formação no espaço laboral é consciencializar os profissionais dos seus estilos de aprendizagem. As situações de aprendizagem são consideradas estáveis em cada local de trabalho e, segundo Berings (2006) contêm cinco categorias sendo elas o conteúdo das aprendizagens, o ambiente em que circula a informação, o ambiente social em que se desenvolve o trabalho, o clima de aprendizagem e os fatores coincidentes.

A educação e em consequência a aprendizagem têm vindo a sofrer profundas alterações ao longo dos tempos. Os indivíduos criativos e inovadores com posturas auto formativas e crítico-reflexivas são os mais valorizados, em detrimento dos meros repetidores de conhecimentos (Aleixo, 2014). Nessa mesma linha de pensamento e segundo Canário (2006), na atualidade os indivíduos para além de se apropriarem de conhecimentos, têm que ser capazes de os adaptar de forma dinâmica no sentido de dar resposta a problemas novos que vão surgindo, cada vez mais complexos, de forma crítica e criativa, havendo assim uma transição de uma aprendizagem orientada para uma aprendizagem cada vez mais autónoma e reflexiva.

O desenvolvimento profissional surge do entrosamento do profissional no seu processo de aprendizagem e reflete “a qualificação quanto a competências, conhecimentos, sentimentos e postura ética relativos à profissão” (Pimentel, 2007, p. 159). É neste sentido que surge a teoria da aprendizagem experiencial de David Kolb que atribui um elevado valor ao conhecimento de carácter experiencial, definindo aprendizagem experiencial como “um processo no decurso do qual um saber é criado graças à transformação pela experiência” (Kolb, 1984, p. 38). Para Kolb o “conhecimento é o processo de transformação que é constantemente criado e recriado e não uma entidade independente a ser adquirida ou transmitida” (Kolb, 1984, p. 38).

Kolb (1984) tentou conciliar os dois polos da teoria e da prática num modelo estrutural de aprendizagem, tendo identificado várias fases e estilos de aprendizagem, fundamentando desta forma a especificidade, mas também a diversidade do processo de aprendizagem experiencial.

Kolb partiu do pressuposto que no decorrer de um processo de socialização e formação, o indivíduo é sujeito a um conjunto de influência não intencionalmente educativas, mas com um efeito formador e de conformação das identidades profissionais. Para ele, a noção de aprendizagem experiencial e de formação pela experiência assume a existência da formação informal e toda a dinâmica formativa dos contextos de trabalho e de formação que se encontram em permanente mutação. Assume que a prática profissional traz consequências para o indivíduo na sua totalidade, influenciando e sendo influenciado pela formação das entidades profissionais e sociais num ciclo de dupla influência.

Para Kolb (1984, p. 132), a “aprendizagem é o processo por onde o desenvolvimento ocorre”. Segundo a sua visão, a experiência é o centro do desenvolvimento, fazendo parte de um processo ininterrupto de aprendizagem sempre presente ao longo de toda a vida do indivíduo. Define aprendizagem experiencial como “o processo por onde o conhecimento é criado através da transformação da experiência. Esta definição enfatiza (...) que o conhecimento é um processo de transformação, sendo continuamente criado e recriado... A aprendizagem transforma a experiência tanto nas suas formas objetivas como no subjetivas (...) Para compreendermos aprendizagem, é necessário compreendermos a natureza do desenvolvimento, e vice-versa. (Kolb, 1984, p. 38)

Uma das premissas de Kolb é que a aprendizagem é um processo contínuo, ascendente promovido pela experiência, sendo o desenvolvimento representado por três níveis sucessivos, o aquisitivo, o especializado e o integrativo, que correspondem a três esferas distintas de consciência, consoante a complexidade das ações e dos processos reflexivos de cada pessoa e em cada fase do seu desenvolvimento. A passagem para o nível seguinte depende da forma como a pessoa se apropria das experiências culturais.

No nível aquisitivo de conhecimento (identificado como consciência identificadora), quando o profissional se depara com um conhecimento novo o seu desenvolvimento é voltado para a ação, para a performance. Por outro lado, a sua consciência é identificadora pois procura identificar, reconhecer e registar os objetos envolvidos na ação. Este nível caracteriza-se pela aprendizagem de habilidades básicas que se encontram na base das estruturas cognitivas responsáveis pelo registo consciente das experiências reais (a simbolização). A consciência identifica e consegue distinguir a realidade concreta da realidade virtual, idealizada e fantasiosa. O desenvolvimento nesta fase de

aquisição é pautado pela emergência gradual da sua própria identidade, tanto a nível pessoal quanto profissional (Kolb, 1984).

No segundo nível, o nível especializado de desenvolvimento (identificado como consciência interpretativa) o foco já não se encontra na ação, mas nos significados que lhe estão atribuídos. A consciência torna-se interpretativa. No nível anterior, aquisitivo, já existe interpretação que permite atribuir significados às ações, mas a ênfase está no registo do que é necessário à ação. Nesta fase especializada são organizadas as interpretações em redes de significação, que faltava no nível anterior. Segundo Kolb (1984), a especialização promove a adaptação ao modo de agir profissional. É dada ênfase às escolhas pessoais referentes à identidade profissional. Nesta fase, cada pessoa apenas valoriza os dispositivos sociais que atendem as suas necessidades pessoais, a sua autoconsciência é essencialmente governada por parâmetros como o que posso fazer, experiências prévias, defeitos e qualidades que possuo.

O terceiro e último nível, nível integrado de desenvolvimento (identificado como consciência integrativa) diz respeito à reunião de diversas ações, operações e significados num nível global. Este é o nível mais complexo do desenvolvimento do profissional, caracterizado pela segurança e auto-afirmação que surgem pela capacidade de reconhecer as suas próprias competências e pela vontade de querer melhorar e evoluir, alterar, transformar ou até mesmo destituir. É um nível de confrontação existencial em que o profissional se volta para si próprio, se auto avalia e torna-se objeto de investigação. Este nível pode nunca ser atingido.

Tal como nos diz Kolb (1984, p. 146), “cada estágio de desenvolvimento maturacional é caracterizado pela conquista de um nível estrutural de consciência superior ao do estágio que o precede, embora se mantenham reminiscências dos primeiros níveis de consciência”. Uma mesma experiência pode dar origem a aprendizagens de diferentes graus de complexidade.

Os conhecimentos completamente novos para o profissional são apreendidos no nível aquisitivo, outros elementos desconhecidos mas muito semelhantes com operações e saberes mentais já constituídos, são tratados com alguma familiaridade no nível especializado e finalmente as maiores mudanças, em nível integrativo, resultam na gestão de processos cognitivos que se baseiam na reorganização e generalização de conceitos que não são totalmente inéditos e que são reconhecidos por intermédio das aprendizagens anteriores.

Os níveis de desenvolvimento da consciência no processo de aprendizagem têm vários fatores associados que irão favorecer ou não a, passagem aos níveis superiores e que podem ser os “requisitos necessários para vivenciar as experiências, o potencial de desenvolvimento do

profissional, o envolvimento afetivo com a situação e as condições de aprendizagem” (Pimentel, 2007, p. 162), sem esquecer a história pessoal de aprendizagens individuais e saberes formulados por cada profissional, sendo que tudo irá determinar a forma como os níveis de consciência se irão entrosar.

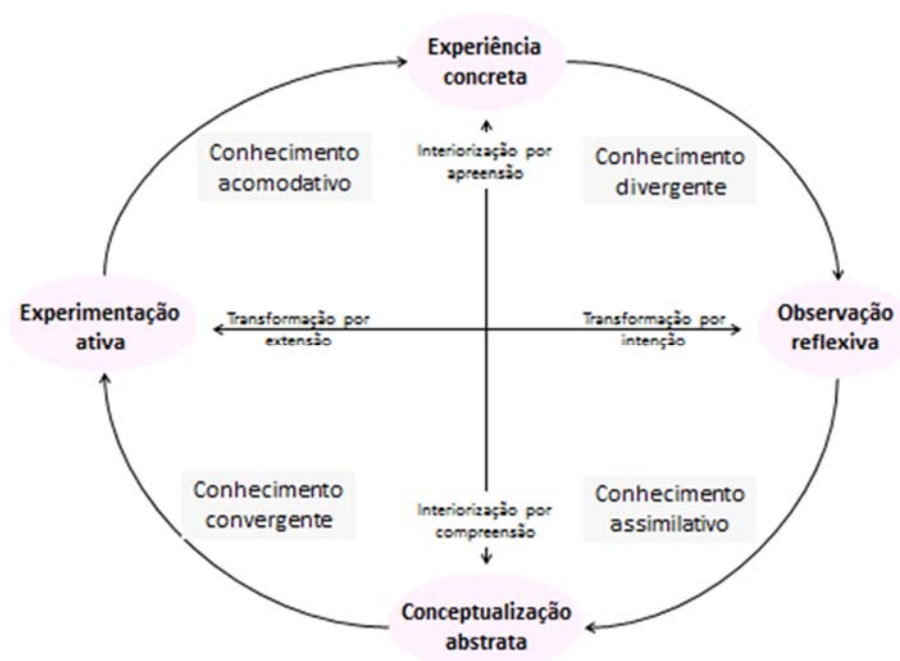
Em cada nova aprendizagem são muitas as zonas de desenvolvimento em processo, havendo assim níveis distintos de consciência. É nessas múltiplas zonas que irão ocorrer quatro modos ou modalidades de aprendizagem pela experiência (Kolb, 1984).

Assim, Kolb procurou representar o processo de aprendizagem pela experiência através de um ciclo de quatro etapas que envolvem quatro modos adaptativos de aprendizagem, nomeadamente: a experiência concreta, a observação reflexiva, a conceptualização abstrata e a experimentação ativa, existindo duas dimensões distintas (dicotomia experiência concreta / conceptualização abstrata e dicotomia experimentação ativa / observação reflexiva) com orientações adaptativas opostas (Kolb, 1984).

É a transição entre estes quatro modos que forma a base do processo de aprendizagem. Para Kolb, a dicotomia abstrato – concreto diz respeito à apreensão, representando duas formas, diferentes e opostas entre elas, de interiorizar a experiência. Uma primeira, ligada à interpretação conceptual e às representações simbólicas, denominada compreensão e uma segunda, que diz respeito à experiência tangível e imediata denominada apreensão. Por outro lado, a dicotomia ativa / reflexiva sugere transformação. Envolve duas formas diferentes de transformar a representação figurativa da experiência e que são a reflexão interna ou intenção e a manipulação ativa e externa ou extensão (Kolb, 1984).

Na figura 1, representativa do processo de aprendizagem pela experiência de Kolb, com a discriminação das suas formas básicas de conhecimento, podem perceber-se os quatro modelos ou estilos de aprendizagem.

Figura 1 - Dimensões estruturais subjacentes ao processo de aprendizagem experiencial e as formas de conhecimento básico resultantes



(Fonte: A própria, segundo Kolb, 1984, p. 42)

Para Kolb, a aprendizagem é o processo de criação do conhecimento através da transformação da experiência. O conhecimento resulta da combinação entre experiência e as suas formas de transformação, existindo duas formas distintas de apreensão e de transformação, resultando em quatro formas diferentes de conhecimento: divergente, assimilativo, convergente e acomodativo.

O processamento interno da informação faz com que as escolhas individuais, bem como as experiências anteriores, sejam elas objetivas ou subjetivas, conscientes ou não, resultem em processos de aprendizagem com características diferentes de indivíduo para indivíduo (aprendizagem por experiência concreta, observação reflexiva, conceptualização abstrata e experimentação ativa). No entanto, para que haja aprendizagem, é necessário que estejam presentes dois vetores, nomeadamente a representação figurativa da experiência e a transformação dessa mesma representação. A percepção da experiência não é suficiente para que ocorra aprendizagem e da mesma forma, só ocorre transformação, se esta se der num espaço em contacto com um objeto.

O estilo de aprendizagem divergente dá ênfase à experiência concreta e à observação reflexiva. A experiência concreta pode ser vista como as experiências em que há contacto direto com situações com dilemas por resolver. A observação reflexiva caracteriza-se por atitudes de pesquisa, em que há um movimento de interiorização, de reflexão (Kolb, 1984). Este tipo de aprendizagem realça-se pela

capacidade de imaginação, suscetibilidade a valores e capacidade para avaliar situações segundo várias perspectivas. A observação predomina sobre a ação. O profissional tem especial interesse pelas relações interpessoais e desenvolve as competências de ordem afetiva. Toma o nome de divergente pois o indivíduo consegue arranjar ideias alternativas e prever as suas implicações. Os contextos de aprendizagem divergente dão ênfase às competências de relação.

No polo oposto, encontra-se a aprendizagem convergente com maior apetência para a experiência ativa e a conceptualização abstrata. A experiência ativa pode ser vista como o resultado das aprendizagens em novas experiências, num movimento voltado para o exterior. A conceptualização abstrata é constituída por ações de comparação com realidades semelhantes, pela generalização de regras e princípios, caracterizando-se pela formação de conceitos abstratos sobre elementos e características da experiência (Kolb, 1984). A maior capacidade reside na resolução de problemas, na tomada de decisão e na aplicação das ideias à prática. Toma o nome de convergente pois o profissional destaca-se pela facilidade em encontrar uma solução para um problema. Neste caso, a facilidade é em lidar com problemas de ordem técnica e não relacional como no exemplo anterior. O conhecimento é organizado segundo uma lógica hipotético-dedutivo. Os contextos de aprendizagem convergente dão maior importância às competências de experimentação.

O estilo de aprendizagem assimilativo circunscreve-se à conceptualização abstrata e observação reflexiva. É por indução que o profissional aprende, tendo facilidade em conceber ideias em planos teóricos. No seu quadro simbólico encontram-se as informações obtidas pela observação. Neste estilo a aprendizagem está mais orientada para o mundo das ideias e dos conceitos abstratos e não tanto para as relações interpessoais. A ênfase é colocada na precisão das ideias e não tanto na aplicação prática das mesmas. Os contextos de aprendizagem assimilativos dão maior importância às competências de conceptualização.

No polo oposto temos o estilo de aprendizagem acomodativo onde se realça a experiência concreta e a experimentação ativa. A sua principal característica é o fazer, o envolvimento da ação. Toma o nome de acomodativo pois o profissional tem necessidade de se adaptar para alterar as circunstâncias. Será um indivíduo com tendência para resolver os problemas de forma intuitiva e por tentativa e erro, desenvolvendo relações interpessoais com facilidade. Neste tipo de aprendizagem a ênfase é dado às competências de ação (Kolb, 1984).

A jeito de conclusão, pode dizer-se que para Kolb (1984) o processo de aprendizagem requer todo um conjunto de capacidades por vezes opostas entre si, que permitem ao indivíduo toda uma adaptação dinâmica, que implica um processo de transformação, ao contexto de trabalho. A aprendizagem implica a existência de um processo reflexivo através do qual o profissional se

desenvolve. Segundo o autor a reflexão impõe a consideração de dois processos básicos: perceber e processar que estão associados respetivamente às dimensões concreta / abstrata e ativa / reflexiva. São estas as dimensões que servem de base de sustentação a um ciclo de aprendizagem e que envolvem a experiência concreta, a observação reflexiva, a conceituação abstrata e a experiência ativa (Kolb, 1984).

A experiência é vital para que se estabeleçam relações entre a prática e a teoria com o objetivo de promover o desenvolvimento profissional. Com a experiência concreta as ideias, os valores, as crenças e a própria história do indivíduo estão presentes e a aprendizagem de novos conceitos e formas de reorientá-los, inicia todo um processo ascendente e argumentativo de aprendizagem.

Através da observação reflexiva procede-se à investigação sobre a experiência vivida através de processos mentais de dedução, num movimento metacognitivo voltado para o interior do próprio. No entanto, torna-se necessário encontrar respostas e solucionar as hipóteses colocadas, o que leva à conceptualização abstrata que procura compreender e resolver problemas através do planeamento sistemático, do uso da lógica e do desenvolvimento de princípios teóricos. Ao conceptualizarmos, estamos a generalizar, a extrair conclusões que permitem não só compreender a experiência anterior, como também alcançar um novo nível (Kolb, 1984).

Por fim, será através da experiência ativa que se examinam as hipóteses, se experimentam e se incorporam ou modificam em função das novas situações de experiência. É através das ações reais que se examinam os conceitos formulados e se apropriam os que efetivamente são passíveis de sustentar a prática.

No quadro 2, fica uma síntese da teoria da aprendizagem experiencial de Kolb.

Quadro 2 - Síntese da teoria experiencial de David Kolb

Níveis de diferenciação	Aquisição	Especialização	Integração
1. Níveis de adaptação	Performance	Aprendizagem	Desenvolvimento
2. Identidade profissional	“Penso em como faço”	“Penso nos porquês do que faço”	“Penso em como melhorar o que faço”
3. Estrutura da consciência	Identificadora	Interpretativa	Integrativa
3.1. Extensão no tempo	Segundos, minutos, horas	Dias, semanas, meses	Anos, décadas, vidas
3.2. Espaço ocupado na vida	Respostas, atos, tarefas	Projetos, empregos, ocupações	Carreiras, vidas, gerações
3.3. Feedback da estrutura	Objetivos imediatos: alcançar metas	Aprender a aprender: mudar metas e estratégias	Consciência integrada: vincular metas com uma finalidade de vida

4. Integração hierárquica	Estruturas muito diferenciadas com baixa integração entre elas	Poucas estruturas, mas com maior especialização; Alta integração interna. Baixa integração entre estruturas	Desenvolvimento de estruturas especializadas e complementares entre si. Elevada integração entre estruturas
4.1. Experiência concreta e complexidade afetiva via apreensão	1º Sensações e sentimentos primários e instáveis	1º Sistema egocêntrico de sentimentos e valores	1º Apreciação relativizada de sistemas de valores
	2º Emergência de sentimentos estáveis	2º Diferenciação entre sentimentos e valores próprios e os de outros	2º Compromisso com valores relativizados (relativismo quanto a valores assumidos)
4.2. Observação reflexiva e complexidade perceptiva via intenção	1º Atenção	1º Reflexão: dar significados pessoais às observações	1º Apreciação relativizada de esquemas diferentes de significação e de pontos de vista
	2º Observação – imagens contínuas	2º Criação de esquemas alternativos de significação e de observação	2º Intenção; escolha de perspectivas significativas
4.3. Conceptualização abstrata e complexidade simbólica via compreensão	1º Identificação e reconhecimento	1º Operações simbólicas concretas	1º Agregação de significados concretos em sistemas simbólicos
	2º Constância objetal	2º Pensamento formal	2º Busca e resolução de problemas significativos
4.4. Experiência ativa e complexidade comportamental via extensão	1º Resposta às circunstâncias	1º Desenvolvimento de metas claras e de longo alcance (prospectivas)	1º Teste de hipóteses experimentais: mudança de metas e estratégias com base em resultados obtidos
	2º Ação intencional em direção a metas de curto alcance (imediatas)	2º Assumir riscos: formulação de metas e estratégias intercambiáveis	2º ação responsáveis: aceitação da emergência de situações novas e desconhecidas

(Fonte: a própria, segundo Kolb, 1984, p. 153 e Pimentel, 2007p. 167)

Mas são vários os autores que atribuem elevada importância à aprendizagem experiencial, nomeadamente Dubar (1990) que dá mais valor às situações de trabalho por terem por base os problemas que surgem diariamente no exercício da profissão e que são por excelência situações formativas interdisciplinares.

Também Newman e Peile (2002) através do ciclo da aprendizagem, tentam explicar como é que de forma cíclica a experiência induz a reflexão e a aprendizagem. Para eles, o ciclo da aprendizagem

tem três fases, começando com a experiência do indivíduo que o conduz a uma aprendizagem específica que tem por base experiência e as atividades reflexivas. Este ciclo terá por base a orientação de um tutor que da experiência global retira as especificidades das aprendizagens.

Malglaive (1997) refere também que o saber da ação tem por base a inteligência prática e que os saberes teóricos se aprendem na escola e o saber da ação se adquire ao fazer.

Para Le Boterf (2003), o saber da ação é essencial para uma validação das teorias que o sustentam. Saber agir com pertinência é saber aprender com a ação.

2.3. Modelo de aquisição de competências

Segundo a UNESCO, a educação contemporânea assenta em quatro pilares fundamentais, nomeadamente aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, sendo valorizado o aprender a aprender através do ensino (Aleixo, 2014).

Aprender a aprender pode ser vista como uma capacidade para dar início e prosseguir uma aprendizagem, organizando-a por si próprio através de métodos de gestão do tempo e da informação, seja individualmente ou em grupo. Esta competência irá implicar um conhecimento do método de aprendizagem e das suas necessidades prementes e uma capacidade para ultrapassar os obstáculos que surjam, de forma a ter uma aprendizagem bem-sucedida. A motivação e a confiança serão elementos chave para que se adquira esta competência, que obriga quem está a aprender a apoiar-se nas experiências anteriores e a mobilizar os conhecimentos para as várias situações do dia a dia.

Para Benner (2001) a prática é em si mesma uma forma de obter conhecimento. As práticas crescem por intermédio da aprendizagem experiencial e da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados. Segundo a autora

“a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática. A prática é mais do que uma coleção de técnicas. O domínio de um conjunto especializado de aspetos da prática não qualifica necessariamente o profissional para ser reconhecido como um perito” (Benner, 2001, p. 14).

O Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências foi desenvolvido por Stuart Dreyfus (matemático e analista de sistemas) e Hubert Dreyfus (filósofo) em 1986 e “estabelece que, na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis

sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2001, p. 43).

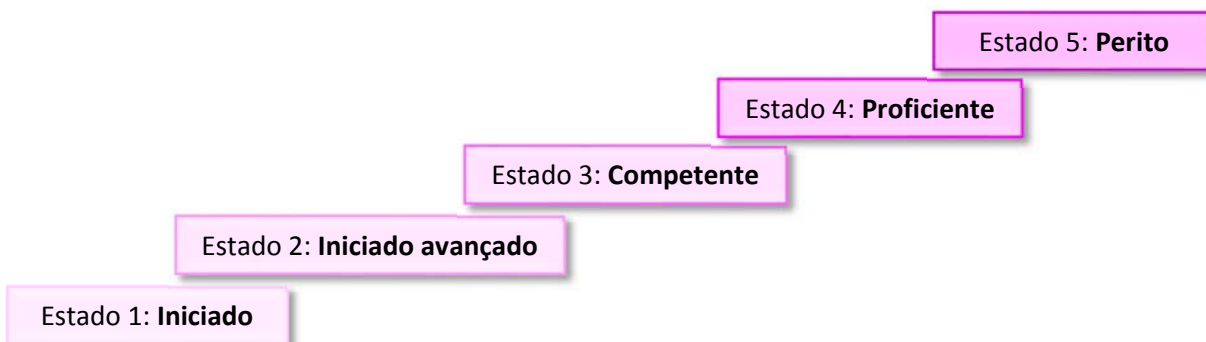
O posicionamento do profissional nos diferentes níveis vai depender de três aspectos gerais introduzidos quando a aquisição de uma competência, a saber:

- 1- Passagem de uma confiança em termos abstratos à utilização de uma experiência passada concreta;
- 2- Modificação da maneira como o profissional se apercebe da situação, como um todo e não como um conjunto de elementos tirados aqui e ali;
- 3- Passagem de observador desligado a executante envolvido na ação, empenhado na situação (Benner, 2001).

Assim, o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências baseia-se no “estudo de uma situação prática, na situação, e determinando o nível da prática evidenciado na situação. Desta forma, elucidam-se os pontos fortes em vez dos défices, e descrevem-se as capacidades da prática em vez das características ou dos talentos” (Benner, 2001, p. 16).

De acordo com Benner (2001) existem cinco níveis de desenvolvimento, cada um com as suas características, e que se serão apresentadas em seguida.

Figura 2 - Níveis de desenvolvimento segundo o modelo Dreyfus de aquisição de competências



(Fonte: a própria, segundo Benner, 2001)

Estado 1: Iniciado

As enfermeiras iniciadas não têm qualquer tipo de experiência nas situações com que podem ser confrontadas na sua atividade. O ensino para que lhes seja permitida a aquisição de experiência, essencial ao desenvolvimento de competências, será feito em termos de elementos objetivos (peso, líquidos ingeridos e eliminados, ..., parâmetros mensuráveis). São-lhes ensinadas as normas, independentemente do contexto, que guiarão os seus atos em função dos diversos elementos. São estas regras que irão impor à iniciada um comportamento rígido e limitado característico do nível de

desenvolvimento em que se encontra. São estas regras que irão guiar as iniciadas nos seus atos, visto que não possuem qualquer experiência da situação à qual vão fazer frente. No entanto, o facto de seguirem essas regras não significa que vão ao encontro do comportamento correto pois não lhes pode ser indicado quais os atos mais úteis em todas as situações reais. Desta forma, deverão ser acompanhados por um orientador.

Os estudantes de enfermagem que se iniciam no mundo do trabalho têm dificuldade em integrar o que aprenderam nos livros com o que vivem na situação real, encontrando-se no nível de iniciado. Mas não são só os estudantes, são também os enfermeiros que integram um novo serviço com doentes a necessitar de cuidados que não lhes são familiares.

O modelo Dreyfus de aquisição de competências depende da situação e não da inteligência ou dos dons de uma pessoa.

Estado 2: Iniciado avançado

O comportamento dos iniciados avançados é aceitável frente às situações reais por que passaram, o que lhes permite notar (o próprio ou sobre a indicação de um orientador) quais os “fatores significativos que se produzem em situações idênticas e que o modelo Dreyfus qualifica por »aspetos da situação«” (Benner, 2001, p. 50).

É necessária experiência para que se possam reconhecer os “aspetos” em situações reais. No entanto os iniciados avançados, já reconhecem facilmente os elementos mensuráveis e independentes do contexto situacional ou das listas que indicam uma atitude a seguir ou coisas para fazer, que os principiantes aprendem e utilizam.

O iniciado avançado ou o seu orientador, podem formular princípios que irão ditar as ações em termos de atributos e de aspetos, sendo esses princípios que pressupõem elementos significativos fundados tendo como base a experiência e que se apelidam de “indicações”. Há ainda uma tendência a ignorar o que diferencia essas indicações, dando a todos os atributos e aspetos a mesma importância.

De acordo com Benner as “principiantes e as principiantes avançadas só podem apreender um pequeno aspeto da situação: isso é tudo muito novo, muito estranho e cada vez têm mais que se concentrar nas regras que lhes ensinaram” (Benner, 2001, p. 52). As enfermeiras principiantes precisam ser enquadradas no contexto da prática clínica. Precisam de ser orientadas em matérias de prioridades pois agem em função de critérios gerais, começando agora a reconhecer as situações repetitivas características no quadro da prática diária. A existência de orientadores que guiem a

prática clínica dos enfermeiros iniciados é de extrema importância, para que eles possam tirar partido das situações que vivem e aprender durante esses períodos a estabelecer prioridades, sempre com o intuito de evitar problemas seja para os enfermeiros iniciados ou os doentes.

Estado 3: Competente

O enfermeiro competente trabalha no mesmo serviço há pelo menos dois a três anos. Ascende ao nível de competente quando “começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente” (Benner, 2001, p. 53). Nesses planos já consegue traçar os atributos e as situações clínicas consideradas mais importantes e as que pode ignorar. Para o profissional competente, “um plano estabelece uma perspetiva e baseia-se sobre uma análise consciente, abstrata e analítica do problema” (Benner, 2001, p. 53).

Nos enfermeiros competentes já existe o sentimento que sabem bem as coisas e são capazes de enfrentar muitos imprevistos, tão comum na prática diária dos cuidados de enfermagem, se bem que ainda não têm a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente. “A planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência, ajuda a ganhar eficiência e organização” (Benner, 2001, p. 54).

Neste nível o profissional encontra-se mais à vontade, o mundo clínico começa a parecer mais organizado depois dos grandes esforços desenvolvidos. Os enfermeiros podem tirar benefícios dos exercícios de tomada de decisão e de simulações da prática e planear e coordenar os múltiplos e diversos cuidados prestados ao fazer face às necessidades dos doentes.

Estado 4: Proficiente

O profissional apercebe-se das situações como um todo, de forma global, e não em termos de aspetos isolados, como uma lista de tarefas a cumprir, sendo as suas ações guiadas por máximas. Neste nível a perceção é a palavra-chave. A perspetiva é fundada sobre a experiência e os acontecimentos recentes.

Neste nível, a “enfermeira proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação, e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar” (Benner, 2001, p. 55). É exatamente pela sua capacidade fundada sobre a experiência de reconhecer as situações como um todo que o profissional proficiente sabe que o que previa não se irá manifestar. Essa globalidade na forma de ver as coisas vai melhorar o seu processo de decisão, tornando-se cada vez menos trabalhoso pela perspetiva que tem que lhe permite saber dos muitos aspetos e atributos a ter em consideração, quais os que são verdadeiramente

importantes. Ao contrário da enfermeira competente que ainda não consegue ver a situação no seu todo, a enfermeira proficiente não tem tanto em consideração as possibilidades e orienta-se diretamente sobre a ação, o problema em causa.

Para além de se guiar pelas máximas que fornecem indícios sobre o que deve ser tomado em consideração, tem uma grande compreensão sobre a situação que lhe permite utilizá-las.

As enfermeiras proficientes aprendem mais quando se toma como exemplo estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de aprender uma situação. O facto de lhes dar regras tanto pode ser frustrante para elas como as estimulará a dar exemplos de situações em que a regra ou princípio serão contrariados.

Quando introduzimos situações novas que ultrapassam os seus meios de compreensão ou de abordagem, percebemos que é necessária nova aprendizagem, podendo neste caso a enfermeira voltar a passar para o nível da competência face aquela nova situação.

Neste nível, o profissional já consegue detetar ou reconhecer a deterioração do estado do doente ainda antes de haver mudanças significativas nos sinais vitais do doente, sendo chamado de sinal de alarme precoce.

Estado 5: Perito

O profissional não se apoia em princípios analíticos, sejam eles regras, indicações ou máximas, para passar do estado de compreensão das situações aos atos. Possui uma grande experiência e compreende de maneira intuitiva cada situação, apreendendo diretamente o problema sem se perder num vasto leque de soluções e de diagnósticos estéreis. Age a partir da compreensão profunda das situações globais.

O enfermeiro perito já não toma em consideração as regras e as características, é maleável e flexível, mostrando elevado nível de adaptabilidade e de competência. Gerem muitas vezes situações complexas e dão opiniões clínicas de forma notável, o que permite reconhecê-las facilmente. Também o reconhecimento por parte dos colegas e dos doentes é visível, sendo muitas vezes consultadas por outras enfermeiras. Nem todos os enfermeiros chegam a peritos.

3. Integração de enfermeiros

As organizações hospitalares são compostas por vários grupos profissionais, representando a enfermagem uma grande fatia dos recursos humanos. O processo de integração dos enfermeiros recém-admitidos pode ser visto como um fator de rentabilização de recursos humanos, pois profissionais bem integrados nas normas e padrões da organização, com elevados níveis de autonomia e motivação, prestarão cuidados de maior qualidade.

3.1. Especificidades do bloco operatório

De acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP, 2006), a história dos blocos operatórios acompanhou sempre de perto os avanços da cirurgia e das descobertas da esterilização e do controle de infecção. Na Idade Média, os doentes eram operados em plena enfermaria, junto dos restantes doentes, encontrando-se expostos a todo o tipo de infeções.

As primeiras salas de operações aparecem em 1800 e surgem junto às enfermarias, em consequência da privacidade e isolamento necessários, mas ainda muito imiscuídas no ambiente hospitalar facilitando a aquisição de infeções. Só passados 50 anos e já após as importantes descobertas de Louis Pasteur que revolucionou os métodos de combate às infeções e das descobertas de Florence Nightingale, que constatou que a falta de higiene e as doenças hospitalares matavam um elevado número de soldados que se encontravam internados na altura da Guerra da Crimeia, se começou a dar a devida importância ao isolamento dos doentes no período intraoperatório bem como ao controlo de infeção.

Foi após a I Grande Guerra Mundial (1914-1918) que surgiu a necessidade de criar os blocos operatórios enquanto serviços com características próprias e isolados dos demais serviços hospitalares, com acessos próprios e circuitos que respeitem os princípios básicos do controlo de infeção. Começaram por ser compostos por uma ou duas salas e atualmente encontram-se dimensionados de acordo com a instituição hospitalar em que estão inseridos e as suas necessidades. Funcionam em estreita articulação com os mais variados serviços, nomeadamente o serviço de imunohemoterapia, serviço de urgência, serviço de anatomopatologia, unidades de cuidados intensivos, internamentos, farmácia, etc. Atualmente, e regra geral, cada especialidade cirúrgica desempenha a sua atividade em sala própria com equipamento específico e cada vez mais desenvolvido. O bloco operatório é reconhecido como “o local de prestação de cuidados mais

dispendiosos de um hospital, pela tecnologia existente, pela diferenciação das cirurgias, pela especialização dos intervenientes e pela situação clínica do doente” (AESOP, 2006, p. 4).

Na atualidade, o bloco operatório

“carateriza-se por ser um serviço onde se desenvolvem atividades altamente complexas e especializadas e propenso à ocorrência de acidentes (...) todos os ingredientes estão presentes neste serviço: um ambiente de *stress* excessivo, as ocorrências inesperadas, o funcionamento dos profissionais com os equipamentos, muitas vezes variados e nem sempre ergonómicos, a dinâmica da equipa com as suas disfunções habituais, as falhas organizacionais, as falhas técnicas e o erro humano!” (Santos, 2016, p.63).

Segundo a AESOP (2006), os erros mais comuns de acontecer em bloco operatório passam pelo doente errado, a cirurgia errada, o local da cirurgia errado, incidentes anestésicos, contagens incorretas de compressas, cortoperfurantes e instrumentos cirúrgicos, avaria de equipamentos e instrumentos, posicionamentos incorretos, quedas de equipamentos, cirurgia não planeada de acordo com o consentimento expresso pelo doente / família, queimaduras, lesões provocadas pelo uso de garrotes pneumáticos, contaminação por quebra de técnica assética cirúrgica, paragem cardio respiratória, falta de conhecimento e competências dos profissionais, falta de supervisão e falta de comunicação. De forma a minimizar a ocorrências destes riscos várias estratégias foram sendo desenvolvidas, tendo sido criada uma “Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS” inserida no programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” e que pretende reforçar as práticas de segurança, reduzindo o número de mortes e eventos adversos relacionados com cirurgia em todo o mundo, promovendo a comunicação e o trabalho em equipa dos vários profissionais dos diversos grupos profissionais.

Em virtude dos avanços tecnológicos, tem-se apostado muito na investigação em várias áreas científicas, o que faz com que o processo de evolução e necessidade de acompanhamento dos profissionais seja um processo inacabado “pois novos conhecimentos geram novas intervenções, levantando novas questões e obviamente novas respostas adequadas e ajustadas à realidade” (Cabral, 2004, p. 74).

Em Portugal a grande maioria dos blocos operatórios são fruto de adaptações face às constantes alterações e ao aumento do suporte técnico utilizado em cirurgias que aumentam a um ritmo muito rápido. O ideal seria a construção de raiz de novos serviços com caraterísticas adequadas ao seu bom funcionamento de forma a não serem criados riscos nem para os doentes nem para os profissionais (Cabral, 2004).

Pelas características dos serviços de bloco operatório e pelo tipo de cuidados que lá são prestados, exige-se a todos os trabalhadores dos vários grupos profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos, técnicos) um elevado rigor comportamental e de desempenho das suas funções.

O facto de ser um serviço tão específico e isolado do exterior, obriga ao encerramento das portas que lhe dão acesso e à identificação de zona reservada, de acesso apenas aos profissionais que nele trabalham, sendo esta a primeira indicação que para nele entrar, está implícito “o cumprimento de normas pré-estabelecidas e devidamente justificadas” (Cabral, 2004, p. 77). Essas normas são uniformizadas e foram definidas por uma equipa pluriprofissional e responsável e é diariamente divulgada pelo seu *staff* próprio a quem vem de fora ou de outros serviços (acompanhantes dos doentes, técnicos de manutenção ou de equipamentos, técnicos de radiologia, etc.).

Diariamente e antes do início dos programas operatórios, cada sala é verificada em termos de funcionamento de equipamentos, havendo uma folha de *check list* que se preenche de forma a assegurar que nada fica esquecido. Mesmo assim, deve haver forma de resolver de rapidamente intercorrências que possam surgir (e que devem ser raras), sem que haja grande perda de tempo e sem que comprometa a segurança dos doentes e profissionais que lá trabalham.

Para que tudo funcione corretamente existe um grande rol de procedimentos. São esses procedimentos que deverão orientar os profissionais nas suas funções, reduzindo a probabilidade de erro, não tendo os mesmos de recorrer à memória para efetuarem o seu desempenho diário de forma correta e segura (Cabral, 2004). São elaborados pelos próprios profissionais (daquele ou de outros serviços, dependendo do assunto) e deverão encontrar-se em local acessível a todos e revistos. No BOC, os procedimentos são revistos de forma a encontrarem-se atualizados de acordo com a evolução das técnicas e procedimentos, a cada 3 anos. Nesses procedimentos deverão constar vários pontos que dêem resposta a “o que deve ser feito e porquê, quem deve fazê-lo, quando e como.” (Cabral, 2004, p. 82)

Existem algumas regras que são básicas no bloco operatório e uma das mais importantes e que não deve nunca ser descurada é a da importância da manutenção da técnica assética. O bloco operatório é um serviço onde existe uma marcada barreira entre o estéril e o não estéril e que não deve nunca ser quebrada sob o risco de expor o doente a possíveis infeções que podem ser fatais. Sempre que há quebra nessa barreira deve haver coragem de reconhecê-lo e capacidade de denunciar o sucedido de forma a poder solucionar-se de forma rápida o problema criado. Esta é uma parte de extrema importância que deve ser passada, na fase de integração do novo elemento, a

todos os que iniciam funções no bloco operatório, independentemente do grupo profissional a que pertençam.

No bloco operatório, e pelos riscos a que todos estão sujeitos no desempenho das suas funções, há necessidade de tomar algumas medidas de segurança específicas, tais como:

- “- promoção e vigilância da saúde de todos os que aí trabalham, através da ligação direta com o Serviço de Saúde Ocupacional, estabelecendo um programa especial de atendimento dirigido aos profissionais de risco;
- vigilância, manutenção e conservação do material elétrico existente no serviço;
- cumprimento rigoroso de todas as normas sobre desinfeção e esterilização de material cirúrgico, de acordo com as práticas recomendadas da AESOP e das Comissões de Controlo de Infeção;
- tratamento adequado dos resíduos hospitalares, ligados com a triagem, contentorizados adequadamente permitindo o tratamento e evacuação correta (...)
- utilização das precauções universais, como medida de proteção e propagação de infeção (AORN, 1994);
- controlo sobre a saturação de gases, que está ligado com o bom funcionamento do ar condicionado” (Cabral, 2004, p. 84)

Segundo o Ministério da Saúde, o bloco operatório é um espaço hospitalar, grande consumidor de recursos, não só humanos mas também financeiros, pelo tipo de atividade desenvolvida e sua diferenciação tecnológica. Tendo em conta que a atividade cirúrgica é um elemento fundamental no funcionamento das organizações hospitalares, em muito dependente da dinâmica do bloco operatório, torna-se imprescindível garantir a sua eficácia e eficiência de funcionamento, de forma a manter ou aumentar os níveis de qualidade assistencial. Assim, importa ter profissionais bem preparados e prontos a dar uma resposta capaz face a todo o tipo de solicitações (Ministério da Saúde, 2013).

3.2. Enfermagem de sala de operações

A história da medicina e da enfermagem tocam-se ao longo dos tempos. Na antiguidade, ainda a enfermagem não era vista como profissão, já os cirurgiões recorriam aos serviços de pessoas, geralmente mulheres que os ajudavam nos cuidados que prestavam, e na preparação de materiais que utilizavam nas cirurgias (AESOP, 2006).

Era o modelo biomédico que orientava a formação e os cuidados prestados pelos enfermeiros que eram vistos como os “ajudantes do cirurgião”, sem qualquer autonomia. Até os colegas de profissão e não há muito tempo pensavam assim, que no bloco os enfermeiros não passavam de uns técnicos totalmente dependentes dos cirurgiões, também pelo facto de os enfermeiros de bloco

trabalharem num serviço fechado não exteriorizando os cuidados prestados, nem permitindo que sejam vistos no desempenho das suas funções (Cabral, 2004).

Desde 1875 começaram a surgir nos currículos escolares de escolas de enfermagem dos Estados Unidos, Reino Unido e Canadá conteúdos referentes à sala de operações, tendo James Groah (cit. in AESOP, 2006, p. 5) referido que

“A procura de enfermeiras bem treinadas não se sentia nos hospitais gerais de todo o país. Só depois de Lister ter referido a importância da assépsia na cirurgia é que se deu importância à necessidade de enfermagem com boas capacidades intelectuais e faculdades físicas que fossem capazes de ser ensinadas e treinadas na aprendizagem da prevenção da infeção em cirurgia”

Sempre de acordo com a AESOP, em 1889 a enfermagem de sala de operações é considerada a primeira área de especialização em enfermagem nos Estados Unidos.

Em 1910, surgem as primeiras descrições das funções das enfermeiras de sala de operações (enfermeira de apoio à anestesia, circulante e instrumentista).

Em 1933, nos Estados Unidos, é criado o primeiro curso avançado para enfermeiros de sala de operações, bem como as primeiras normas escritas para bloco operatório.

Em 1949, ainda nos Estados Unidos, é criada a AORN (American Association of Operating Room Nurses), pelas enfermeiras chefes dos blocos operatórios que se encontravam preocupadas com os cuidados prestados aos doentes no bloco operatório. Acreditavam que os doentes precisavam de cuidados físicos e emocionais que só os enfermeiros têm competências para realizar. Em 1978, esta mesma associação enuncia o conceito de enfermagem perioperatória

“A função perioperatória do enfermeiro de sala de operações consiste nas atividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra e pós operatórias da experiência cirúrgica do doente. O enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia.” (AORN, 1978, cit. in AESOP, p. 6)

Em Portugal, a história da enfermagem em bloco operatório acompanhou a história iniciada nos Estados Unidos e em 1901 surgem nos programas das Escolas de Enfermagem temas relativos a cirurgia.

Em 1986, é fundada a AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas), que defende que o trabalho dos enfermeiros no bloco operatório tem de ser orientado para o doente, sendo ele o seu principal alvo na prestação de cuidados. Anteriormente, até à década de 80,

a enfermagem no bloco operatório era muito tecnicista, prezava-se muito a obediência ao cirurgião que era inquestionável, as necessidades dos doentes eram muitas vezes esquecidas ou passadas para segundo plano e os enfermeiros que eram eminentemente técnicos, tinham de ser muito resistentes ao cansaço e apresentar grande destreza manual (AESOP, 2006).

O facto de no bloco operatório o ambiente ser marcado por um constante avanço científico e tecnológico quer de equipamentos como de técnicas cirúrgicas e anestésicas, aliado a doentes com patologias cada vez mais agressivas e com históricos de variadíssimas doenças concomitantes e tendo em conta o estado de consciência e de dependência dos doentes, faz com que os cuidados dos enfermeiros sejam imprescindíveis nestes serviços e não possam ser substituídos por técnicos como se chegou a ponderar.

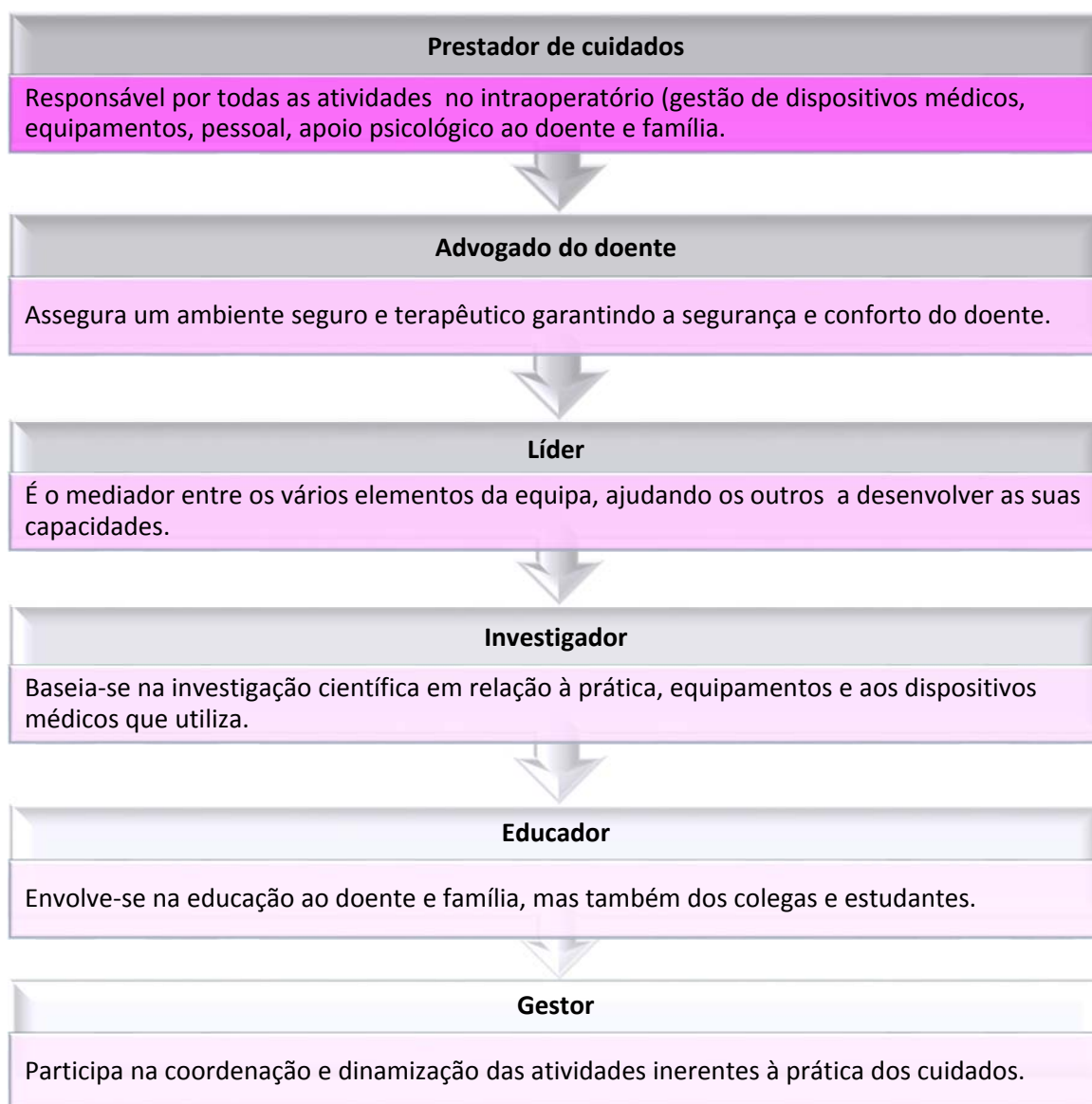
Segundo a EORNA (European Operating Room Nurses Association),

“Os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória. Este pessoal experiente e qualificado, trabalhando numa equipa multidisciplinar, prestará cuidados com competência, mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o Bloco Operatório e com os cuidados perioperatórios. O doente, os familiares e outras pessoas significativas têm o direito de receber informação necessária, bem como apoio emocional e físico que lhes permite ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios” (EORNA, 1997, cit. in AESOP, p. 8).

O enfermeiro deverá ter consciência cirúrgica (englobando todos os conhecimentos de assépsia e controlo de infeção, etc.), ser rigoroso, com autodomínio, encontrar-se motivado e conseguir motivar os outros, trabalhar em equipa, ser rápido, possuir elevada destreza manual, facilidade de se adaptar a diferentes realidades, ter espírito crítico, facilidade em concentrar-se, responder de forma rápida a emergências e conseguir controlar-se em situações de *stress* (AESOP, 2006).

De acordo com a AESOP, o enfermeiro do bloco operatório deverá desempenhar várias funções durante a sua prestação de cuidados, de acordo com o “Modelo de Formação e Prática da Enfermagem Perioperatória” (AESOP, 2006, p. 9) e que se pode ver esquematicamente representado na figura 3.

Figura 3 - Modelo de formação e prática da Enfermagem Perioperatória



(Fonte: a própria baseada em AESOP, 2006, p. 8 e 9)

A função do enfermeiro perioperatório foi definida pela AORN como

“identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente / família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo, durante e após a cirurgia” (AORN, 1998, cit. in AESOP, p. 9).

No bloco operatório são quatro os postos de trabalho em que os enfermeiros desempenham as suas funções, nomeadamente no apoio à anestesia, na circulação, na instrumentação e na unidade de recuperação pós anestésica. Essas funções, apesar de distintas umas das outras, complementam-se.

O enfermeiro de apoio à anestesia colabora com o médico anestesista, encontrando-se também ele responsável pelo doente numa fase de grande dependência essencialmente marcada pelo nível de consciência que este apresenta.

A anestesia encontra-se, tal como a cirurgia, em constante evolução, o que exige do enfermeiro de apoio à anestesia uma atualização constante de forma a dar uma resposta eficiente às várias solicitações de apoio nas técnicas anestésicas a desenvolver de acordo com o tipo de doentes e as suas necessidades. São várias as funções desempenhadas pelo enfermeiro de apoio à anestesia, e que se encontram compiladas no quadro 3.

Quadro 3 - Funções do enfermeiro de apoio à anestesia

Período	Atividades a desenvolver
Na véspera da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> - Consultar o programa operatório - Realizar visita pré-operatória ao doente
No dia da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar o plano operatório - Preparar o material necessário para o ato anestésico - Validar a operacionalidade da sala operatória - Acolher o doente no bloco operatório - Validar a preparação pré-operatória do doente - Transferir o doente para a mesa operatória - Acompanhar o doente até à sala de indução / operatória - Instalar o doente na sala operatória - Colaborar na indução anestésica do doente - Colaborar na algaliação do doente - Colaborar no posicionamento do doente - Promover a manutenção da temperatura corporal do doente - Manter observação e vigilância intensiva do doente - Prevenir e minimizar riscos potenciais de incidentes ou acidentes - Atuar em conformidade as situações de emergência - Colaborar no despertar do doente - Transferir o doente para a URPA / UCI / internamento
No fim da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer registo de ocorrências durante a intervenção - Cumprir o protocolo de higienização da sala de operações e equipamentos - Fazer supervisão do trabalho da AO e repõe a sala de operações - Preparar a sala para o próximo doente
No dia seguinte	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar visita pós-operatória ao doente

(Fonte: a própria baseada em AESOP, 2006, p. 114-121)

A função de enfermeiro circulante surge na história pela primeira vez em 1884. Em 1983, os cirurgiões achavam que a função de enfermeiro instrumentista deveria ser atribuída ao enfermeiro “sénior”, mas já nessa altura os enfermeiros perioperatórios se insurgiram, reivindicando que o enfermeiro “sénior”, tido como perito do serviço deveria sim, ser o circulante, pela importância das funções que lhe estão atribuídas (AESOP, 2006).

Também a AESOP defende que o enfermeiro circulante deve ser o “sénior”, o mais experiente,

“com competências científicas e técnicas atualizadas de modo a dar resposta a qualquer situação urgente / emergente no bloco operatório. Os seus conhecimentos e competências, o seu olhar atento e perspicaz, a sua técnica de controlo, o seu conhecimento sobre dispositivos médicos, ativos e não ativos, fazem do enfermeiro circulante um perfeito gestor da sala de operações e o garante da segurança do doente e de toda a equipa multidisciplinar” (AESOP, 2006, p. 128).

Esse posto toma o nome de circulante pelo facto das funções do enfermeiro passarem por circular ou andar à volta seja do campo operatório, da equipa estéril, do cirurgião, do enfermeiro instrumentista, do doente.

De forma a garantir as condições de segurança da equipa e do doente, na manutenção do ambiente seguro e da assépsia do campo operatório, o enfermeiro deverá desenvolver pensamento crítico e reflexivo e dar uma resposta antecipada às necessidades da equipa. Ele funciona como líder, cabendo-lhe a coordenação da equipa de enfermagem no período perioperatório. Para além da função da prestação de cuidados, tem ainda a função de gestor, cumprindo a gestão do tempo sem que haja tempos mortos, seja na chamada atempada dos doentes, no envio e receção de materiais necessários ao procedimento cirúrgico, gestão dos riscos inerentes ao bloco operatório e gestão organizacional da sala operatória, respondendo superiormente sobre qualquer ocorrência (AESOP, 2006).

No quadro 4 encontram-se descritas as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro circulante, muitas delas em complementaridade com os restantes elementos da equipa de enfermagem e pluridisciplinar.

Quadro 4 - Funções do enfermeiro circulante

Período	Atividades a desenvolver
Antes da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> - Consultar o programa operatório - Realizar a visita pré-operatória ao doente - Preparar o material necessário ao ato cirúrgico - Acolher o doente no bloco operatório - Transferir o doente para a marquesa operatória - Acompanhar o doente até à sala de indução / operatória - Apoiar o enfermeiro de apoio à anestesia - Algalhar o doente - Colaborar no posicionamento do doente - Colocar o eléctrodo neutro no equipamento de eletrocirurgia - Verificar o funcionamento dos equipamentos - Verificar as condições ambientais da sala operatória
Durante a cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar o enfermeiro instrumentista e a restante equipa cirúrgica a vestir-se com indumentária estéril - Colaborar na colocação das mesas cirúrgicas - Conectar os diferentes materiais estéreis a unidades não estéreis - Fazer o direccionamento dos focos de luz operatórios - Colaborar na desinfeção da pele e na colocação dos campos cirúrgicos

	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar novos dispositivos médicos necessários no decorrer da cirurgia - Colaborar com o enfermeiro instrumentista na contagem de compressas, tampões, agulhas e instrumentos - Adicionar e registar as peças para anatomopatologia, citologia e microbiologia - Manter a disciplina na sala - Adequar os gastos às necessidades do procedimento cirúrgico - Manter a sala limpa e organizada - Prevenir riscos para o doente e equipa cirúrgica - Desligar os equipamentos utilizados - Cumprir e faz cumprir as regras de assépsia - Atuar em situações de urgência - Realizar triagem de resíduos - Providenciar a chamada do próximo doente
Depois da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar na elaboração do penso cirúrgico - Proporcionar um despertar confortável ao doente - Colaborar no transporte do doente para a unidade de cuidados pós-anestésicos / unidade de cuidados intensivos / internamento - Efetuar todos os registos em instrumentos próprios de modo a permitir o acompanhamento do ato anestésico-cirúrgico - Supervisar o cumprimento do protocolo de higienização da sala e equipamentos, nas diferentes fases do processo cirúrgico - Providenciar e colaborar na reposição e reorganização da sala operatória para o doente seguinte - Efetuar pedidos de reposição de dispositivos médicos

(Fonte: a própria, baseada em AESOP, 2006, p. 130-138)

O posto de enfermeiro instrumentista é um posto mais ligado ao saber fazer e à operacionalização, podendo ser muitas vezes visto como meramente técnico. No entanto, não podemos esquecer que em enfermagem qualquer prestação de cuidados tem sempre por base o cuidar. O doente cirúrgico é um doente muito vulnerável e fragilizado, que se encontra num momento de *stress* e necessita de cuidados holísticos e globais, cuidados esses que o enfermeiro executa diariamente, seguindo a metodologia do processo de enfermagem.

O instrumentista zela não só pela segurança do doente e da equipa cirúrgica, mas também permite que haja uma diminuição dos tempos cirúrgicos ao antecipar-se às necessidades dos cirurgiões estando o doente menos exposto a todos os riscos anestésicos e cirúrgicos.

Também o enfermeiro instrumentista tem funções atribuídas e que muitas vezes se complementam com as funções de outros membros da equipa cirúrgica, essencialmente porque faz parte da equipa estéril e necessita de apoio de alguém da equipa não estéril (regra geral o enfermeiro circulante) no desempenho das suas funções. No quadro 5 encontram-se descritas as principais funções atribuídas ao enfermeiro instrumentista.

Quadro 5 - Funções do enfermeiro instrumentista

Período	Atividades a desenvolver
Na véspera da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> - Consultar o programa operatório - Consultar a visita pré-operatória feita ao doente
No dia da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> - Acolher o doente - Preparar os dispositivos médicos necessários para o ato cirúrgico - Preparar-se para a colocação das mesas operatórias - Realizar a colocação das mesas operatórias com a colaboração do enfermeiro circulante - Colaborar no vestir da equipa cirúrgica e na preparação do campo operatório - Responsabilizar-se pela manutenção da técnica assética cirúrgica no decurso da cirurgia - Realizar corretamente em tempo útil a passagem de instrumentos cirúrgicos - Responsabilizar-se pela segurança do doente, durante a cirurgia - Manter a organização da mesa de instrumentação - Recolher os produtos orgânicos para análise e fornecê-los ao enfermeiro circulante - Realizar a contagem dos itens quantificáveis: compressas, tampões, instrumentos e materiais cortoperfurantes, de acordo com os protocolos existentes - Colabora no encerramento da ferida operatória e na execução do penso cirúrgico - Proceder à correta evacuação do instrumental cirúrgico - Colaborar na transferência do doente
No fim da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar na preparação e reorganização da sala de operações para o doente seguinte

(Fonte: a própria, baseada na AESOP, 2006, p. 141-145)

Segundo a “Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem” emanada pela Ordem dos Enfermeiros em 2014 (Regulamento nº 533/2014 do Diário da República n.º 233/2014, Série II de 2014-12-02), é obrigatório estarem preenchidos os três postos – enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista – para que se possa dar início a uma cirurgia seja ela programada ou urgente.

As funções do enfermeiro na Unidade de Recuperação Pós Anestésica (URPA) são também muito importantes. O doente no período de pós-operatório imediato encontra-se muito fragilizado e exposto a elevados riscos, sejam eles associados à administração de medicação anestésica como à intervenção cirúrgica a que foi submetido, para além da dor a que está sujeito e que o expõem a riscos acrescidos e complicações que podem ser graves e levar à morte. Há estudos que indicam que os acidentes anestésicos são mais graves e frequentes na primeira hora de pós-operatório e que a taxa de mortalidade por complicações no pós-operatório imediato é mais elevada quando o doente faz recobro na enfermaria (AESOP, 2006).

Assim, torna-se muito importante que haja profissionais competentes, treinados para prestar cuidados de qualidade e eficientes em unidades diferenciadas criadas para o efeito.

A história das unidades de recobro tem evoluído ao longo dos tempos e a primeira vez que são descritas remonta ao ano de 1859, altura em que Florence Nightingale reconhece a necessidade de “existir no hospital um pequeno quarto, adjacente à enfermaria com areia limpa no chão, roupa de cama lavada e janelas que permitissem a entrada de sol e ar fresco” (AESOP, 2006, p. 155). Em 1863, sugere a criação dessas salas perto da sala de operações onde os doentes seriam observados até que recuperassem da anestesia.

Em 1904 nos Estados Unidos, o médico Gordon criou uma sala onde os doentes submetidos a cirurgia abdominal recuperariam da anestesia com éter a que foram submetidos. Mais tarde, em 1923, também nos Estados Unidos, foi criada uma sala para recuperação dos doentes do foro Neurocirúrgico que ficavam acompanhados por um Neurocirurgião e uma enfermeira até estarem restabelecidos e serem transferidos em segurança para a enfermaria (AESOP, 2006).

À medida que a complexidade das cirurgias foi aumentando e as doenças concomitantes dos doentes ganhando uma forma mais agressiva surgiu a necessidade de aprimorar a monitorização dos doentes e desenvolver as técnicas anestésicas. Da mesma forma, tornou-se essencial criar e desenvolver um espaço onde o doente recuperasse da anestesia acompanhado por profissionais experientes e capazes de atuar face a qualquer emergência. O doente chega ao recobro após ter terminado a cirurgia e já acordado da anestesia, permanecendo aí até que haja um “regresso dos reflexos protetores da via aérea, estabilização das funções vitais, reversão dos bloqueios regionais e um nível de cooperação próximo do que tinha antes do ato anestésico cirúrgico” (AESOP, 2006, p. 156).

No recobro, procura-se que haja uma avaliação crítica do doente de forma permanente tentando sempre antecipar e prevenir quaisquer complicações sejam elas anestésicas ou cirúrgicas, possibilitando uma atuação imediata e de forma competente sempre que surja alguma complicação (AESOP, 2006).

O enfermeiro que desempenha funções na URPA deverá basear-se na metodologia do processo de enfermagem e possuir determinadas competências, nomeadamente conhecer os procedimentos cirúrgicos, técnicas e agentes anestésicos, as possíveis complicações e incidentes anestésicos e cirúrgicos, ter boa capacidade de observação, raciocinar de forma rápida, ser organizado, ponderado nas decisões que toma e calmo na forma de atuar, tendo capacidade para se adaptar a novas situações (AESOP, 2006).

Na URPA, o enfermeiro desempenha as suas funções ao longo de seis fases que se podem sobrepor e que se encontram esquematizadas no quadro 6.

Quadro 6 - Funções do enfermeiro na Unidade de Recuperação Pós Anestésica

Fase de atuação	Atividades a desenvolver
Preparação da unidade para acolher o doente	- Verificar todos os equipamentos (monitor, aquecimento de fluidos, seringas perfusoras, rampas de oxigénio e vácuo, etc.)
Fase de atuação	Atividades a desenvolver
Avaliação inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da função cardiovascular - Avaliação da função respiratória - Avaliação de alterações sensório-motoras - Avaliação de alterações resultantes (diretamente) da intervenção anestésico-cirúrgica - Avaliação do estado de consciência - Avaliação do nível de conforto - Avaliação do nível de dor (utilizando as escalas existentes)
Estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem	- Os diagnósticos de enfermagem nesta fase incidem essencialmente nos seguintes aspetos: alterações da função respiratória, cardiovascular, renal, do equilíbrio hidroeletrólítico, do estado de consciência, dor, alteração do conforto, da função motora, da integridade da pele e mucosas, do equilíbrio psicológico e das suscetibilidade às infeções.
Elaboração do plano de cuidados	- Passa pela vigilância, manutenção e / ou melhoria das funções acima descritas
Implementação do plano de cuidados elaborado	- Colocação em prática das atividades programadas
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar se os objetivos definidos no plano de cuidados foram ou não atingidos e, se não, porquê. - Verificar se as ações planeadas foram adequada, se a sua execução foi de acordo com o planeado e, se não, porquê. - Verificar se os diagnósticos de enfermagem iniciais se mantêm ou devem ser redefinidos.
Preparação para a alta / transferência	- A alta é sempre programada pelo anestesista, baseado na avaliação feita pelo enfermeiro. Uma das escalas utilizadas na avaliação do nível de recuperação pós anestésico do doente é a Escala de Aldrete.

(Fonte: a própria baseada na AESOP, 2006, p. 160-165)

Tendo em conta a complexidade e a exigência do trabalho dos enfermeiros em bloco operatório, percebe-se a necessidade que há de ter profissionais bem integrados, que conheçam e desempenhem as funções de forma correta e com profissionalismo.

3.3. O processo de integração

Os enfermeiros, enquanto grupo profissional, têm um período de formação exterior (nas Escolas Superiores de Enfermagem) prévia de quatro anos, até que possam assumir as suas funções nos seus postos de trabalho. No entanto, quando chegam ao bloco, necessitam de um período de integração que será mais ou menos longo de acordo com os conhecimentos prévios que trazem. No caso do

bloco operatório, onde o tipo de funções a desempenhar exige conhecimentos e competências complexas, o trabalhador deve passar bastante tempo na aprendizagem das suas novas funções (Mintzberg, 1995).

O processo de integração em enfermagem pode ser vista como a

“introdução do indivíduo na organização e sua orientação na situação de trabalho, ou seja, é um processo mediante o qual se informam os novos enfermeiros acerca do ambiente de trabalho existente, com o propósito de se facilitar uma rápida adaptação ao mesmo. É um processo através do qual o indivíduo apreende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela organização / serviço em que ingresa” (Gillies, cit. in AESOP, 2006, p. 283).

É necessária uma formação inicial em que se passe a mensagem da missão, objetivos e tipo de cultura da organização. Uma integração bem conseguida beneficiará a instituição e o indivíduo que quanto mais rapidamente se imiscuir na cultura e das normas da instituição mais rapidamente o dará uma contribuição efetiva à instituição. Este é um processo bidireccional e recíproco em que tanto ganha o profissional como a instituição (AESOP, 2006).

Começou a falar-se em integração em Enfermagem no início do século XX, quando começaram a surgir as escolas de enfermagem que formavam profissionais que iriam desempenhar as suas funções nos hospitais. Estes novos elementos necessitavam de ser integrados nas realidades dos serviços e de conhecer as normas e procedimentos das instituições hospitalares (AESOP, 2006). Hoje em dia o processo de integração aplica-se tanto aos novos elementos saídos das escolas e que ingressam pela primeira vez no mundo do trabalho, como aos enfermeiros que mudam de serviço ou de instituição. No entanto, tem maior peso o período de integração na primeira experiência profissional pela capacidade de poder motivar o enfermeiro recém-admitido para uma longa carreira profissional.

No início do período de integração surgem sentimentos de insegurança e *stress* essencialmente relacionados com as novas atividades a desenvolver, conhecimentos pouco profundos sobre determinadas temáticas, o facto de ter de trabalhar com pessoas que não conhecem, muitas vezes intimidantes nos momentos de avaliação e que chegam mesmo a procurar falhas no planeamento e execução dos cuidados prestados pelos recém-admitidos (Carvalho, 2016).

O processo de integração tem início com o período de socialização organizacional e posteriormente o elemento recém-admitido passa à integração no serviço onde vai iniciar funções. O processo de integração pretende dar a conhecer ao novo elemento qual a “organização da unidade, tipo de doentes, metodologia científica utilizada na prestação de cuidados de enfermagem, reuniões

de serviço, funções dos enfermeiros, registos, protocolos, avaliação de desempenho, responsabilidades de formação e relações interpessoais” (AESOP, 2006, p. 284).

Uma das formas de facilitar o processo de integração passa pela elaboração de guias com conteúdos variados e que permitam a transmissão de várias informações necessárias e pertinentes aos novos elementos da organização, serviço, departamento ou função. Esses guias ou programas de integração deverão conter informações sobre

- “A história, missão e os objetivos da organização;
- A filosofia e objetivos da Enfermagem;
- Direitos e deveres do enfermeiro;
- Responsabilidades das diversas categorias profissionais;
- Regulamento e estrutura da organização e dos serviços de enfermagem;
- Desenvolvimento e funções;
- Padrões de qualidade, normas e critérios para os cuidados de enfermagem;
- Avaliação de desempenho;
- Generalidades funcionais – tipo de vínculo, condições de trabalho, horário de trabalho, férias, segurança no trabalho, saúde ocupacional, lavandaria, refeitório, fardamento, vestiários, estacionamento, cartões de identificação, outros”

(AESOP, 2006, p. 285)

Estes conteúdos não deverão ser estanques, permitindo que sejam reformulados se necessário e adaptados aos diferentes elementos com ritmos de aprendizagem também eles diferentes, e que trazem diversos conhecimentos, experiências e atitudes de acordo com o percurso previamente percorrido.

Segundo Carvalho (2016, p. 81), há fatores facilitadores do processo de integração, nomeadamente “a experiência profissional anterior, formação pós-graduada e formação contínua, a motivação para a mudança, o acolhimento pela equipa, as características do enfermeiro supervisor, a disponibilidade do supervisor e da equipa para o processo e a possibilidade de observação prévia de técnicas”.

No entanto, também existem fatores dificultadores no processo de integração, que segundo a mesma autora podem ser “a inexistência de plano de integração, a escassez de recursos humanos, a gestão do horário, a inexperiência na área, a inexistência de supervisor, a duração do processo de integração e as contratações de curta duração” (Carvalho, 2016, p. 90).

O processo de integração só deverá ser considerado concluído quando o novo elemento conhece a filosofia organizacional, as várias equipas de trabalho e quais as funções que lhe estão atribuídas, desempenhando-as sem dificuldades (AESOP, 2006).

Visto que os enfermeiros fazem parte de um dos maiores grupos que compõem as organizações hospitalares, os seus processos de integração tomam uma dimensão de maior importância e todos os elementos do serviço deverão ser incentivados a participar de forma ativa no acolhimento dos novos elementos, compreendendo as suas necessidades e ajudando-os nas suas adaptações ao novo serviço passando a fazer parte integrante no mesmo e na organização (AESOP, 2006).

Deve partir do enfermeiro chefe a nomeação de um ou mais enfermeiros integradores que para além de serem os peritos do serviço, tidos como elementos de referência e se encontrarem motivos para desempenhar as funções de integradores, deverão ser competentes no desempenho das suas funções para além de terem uma boa capacidade de comunicação. Ao ser competente no desempenho das suas funções pretende-se que detenha determinadas competências, sejam elas humanas

“qualidades básicas que um trabalhador deverá ter como pessoa, com um projeto de vida, saber fazer escolhas, tomar decisões, ser criativo, saber viver com a instabilidade, com as mudanças, saber aprender de forma autónoma e contínua, saber comunicar, saber relacionar-se, saber liderar, ter segurança, possuir auto-estima, auto-imagem e ser ético” (AESOP, 2006, p. 286)

ou técnicas que “englobam qualidades metodológicas e qualidades operativas” (AESOP, 2006, p. 286), sendo as qualidades metodológicas as que são transferíveis de umas para outras situações de trabalho, acompanham o profissional, constituindo o ponto de partida para novas adaptações a mudanças. São as mais básicas, estratégicas e estáveis, ao contrário das operativas que são mais concretas, específicas e instáveis.

Um dos principais objetivos é promover no elemento recém-admitido uma relação de confiança que lhe permita desenvolver o espírito crítico e o encoraje a participar nas diversas atividades desenvolvidas pela equipa, desenvolvendo nele um sentimento de pertença ao grupo.

Segundo a AESOP, o processo de integração de novos elementos no bloco operatório, é um processo longo, demorado e complexo, não só pelo facto de os currículos escolares das escolas de enfermagem quase não contemplarem esses conteúdos programáticos, mas também por ser composto por diversas etapas extraordinariamente exigentes, não só para o elemento em processo de integração, como para o integrador. Nunca esquecendo o facto de os constantes avanços técnicos, científicos e em termos de equipamentos necessários para as várias cirurgias, influenciarem diretamente as constantes necessidades de integração dos diversos elementos do serviço.

Para que os processos de integração decorram com normalidade, é necessário que esteja presente uma estabilidade necessária para garantir a segurança dos doentes e dos profissionais e de forma a garantir a satisfação do novo profissional. Assim, é necessário que o profissional esteja acompanhado pelo integrador, por um período de tempo que à partida será demorado, o que se torna dispendioso pois para além de no início o novo elemento não conseguir dar uma resposta satisfatória no desempenho das suas funções, o integrador também terá dificuldade em ter tempo para o desempenho das funções diárias que lhe estão atribuídas conciliadas com as funções de integrador. O processo de integração poderá prolongar-se mais ou menos no tempo de acordo com as necessidades e capacidades do novo elemento e as possibilidades do serviço.

Os programas de integração são traçados tendo em conta um conjunto de critérios específicos e que funcionarão como indicadores das normas de integração. Assim, a existência de um conjunto de normas e critérios que servem de guias no percurso a percorrer pelo novo elemento e que norteiam o integrador a prosseguir o percurso sem grandes percalços é imprescindível. Cada etapa deverá ter um ponto de avaliação que permita medir a eficácia e eficiência do elemento em processo de integração e do integrador, permitindo obter um *feedback* que ajudará a melhorar os seus desempenhos (AESOP, 2006).

Os programas de integração deverão integrar os novos elementos nas funções de enfermeiro de apoio à anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro a desempenhar funções na Unidade de Recuperação Pós Anestésica. Estes são essenciais à adaptação do novo elemento ao serviço e devem estar estruturados de acordo com as reais características do serviço e as suas necessidades (AESOP, 2006).

Segundo a AESOP (2006, p. 288), o período de integração deverá ter a duração necessária de forma a permitir promover a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem e a aquisição de conceitos fundamentais à prática diária tais como o saber-fazer “a capacidade de operacionalidade do saber teórico. Implica interpretar os saberes e ter em memória os resultados da interpretação (...) realizar as ações contextualizadas, como observar e registar”. Em bloco operativo a formação e experiência são de extrema importância.












Também as competências comportamentais tais como o saber-ser e o saber-estar “capacidades que permitem a cooperação eficaz com o outro (...) contribuem para a “socialização dos sujeitos” e ajuda-os a saberem comportar-se ou a movimentarem-se dentro de um contexto particular” (AESOP, 2006, p. 288) são competências adquiridas ao longo do percurso profissional, na vida social, educacional e familiar e por vezes são as mais difíceis de desenvolver. Em bloco operativo “o saber-ser / saber-estar implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, auto

domínio, destreza, rapidez, facilidade de aptidão, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo do stress” (AESOP, 2006, p. 288) imprescindíveis no dia a dia na prestação de cuidados ao doente cirúrgico.

Os tempos de integração variam de acordo com o grau de experiência do novo elemento. Se o enfermeiro não tem qualquer experiência profissional, o seu período de integração deve ser no mínimo de um ano (segundo a Association of periOperative Registered Nurses - AORN). Os outros casos dependem do nível de conhecimentos e habilidades do novo elemento na área da prestação de cuidados perioperatórios, sendo o tempo de integração mais reduzido e de acordo com as respostas dadas pelo novo elemento às solicitações do serviço. Um enfermeiro que se encontre em processo de integração é considerado um iniciado no contínuo da aquisição de competências definido por Patrícia Benner (2001), devendo o mesmo ser acompanhado pelo enfermeiro integrador até que se sinta autónomo e autoconfiante de forma a conseguir desempenhar as suas funções individualmente e em segurança.

Tendo sempre como base as orientações da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas, o programa de integração deve cumprir o objetivo geral “Facilitar o processo de integração dos novos elementos, de modo a realizarem uma rápida adaptação ao bloco operatório” (AESOP, 2006, p. 290) bem como os específicos que se encontram esquematizados na figura 4.

Figura 4 - Objetivos específicos do programa de integração

	- Promover a partilha de informação, favorecendo a aquisição de competências do integrado necessárias ao desempenho das suas novas funções;
	- Ajudar o novo enfermeiro a consciencializar-se do seu papel como membro do serviço, das suas responsabilidades, deveres e direitos;
	- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional do novo enfermeiro;
	- Contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem;
	- Proporcionar ao novo enfermeiro informações sobre a estrutura e dinâmica do bloco operatório;
	- Facilitar o processo de integração, tanto para o enfermeiro que chega como para quem o acolhe;
	- Conseguir a melhor integração possível, no mais curto espaço de tempo;
	- Ajudar o novo elemento a consciencializar-se da sua contribuição, para o alcance da finalidade comum a todo o pessoal;
	- Favorecer uma uniformização de atuação;
	- Ajudar no esclarecimento de dúvidas e na orientação da execução das ações;
	- Proporcionar um clima de confiança ao novo enfermeiro;

3.3.1. Programa de integração

O processo de integração é interativo e dinâmico e envolve várias partes, nomeadamente o enfermeiro integrador, o integrando (novo elemento em processo de integração) e toda a equipa multidisciplinar. É um processo que deve ser adaptado às necessidades de cada novo elemento e abarcar conhecimentos sobre a estrutura física, o equipamento e seu manuseamento, o relacionamento entre as várias estruturas do serviço e o conhecimento técnico e científico necessário.

O programa de integração deve estar baseado em normas do serviço e na descrição das funções desempenhadas pelos enfermeiros no bloco operatório, evidenciando as atividades referentes ao cuidar e técnico-científicas (AESOP, 2006).

Segundo Kurcgant (1991, cit. in Carvalho 2016, p. 103), existem vantagens numa boa integração dos novos elementos, nomeadamente a “diminuição do *stress*, frustração e conflito, aumento da autoconfiança, do auto desenvolvimento, da satisfação no trabalho executado e das necessidades pessoais”.

De acordo com a AESOP (2006), o programa deve contemplar quatro fases: acolhimento / observação, enfermeiro de apoio à anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista. No final de cada uma das fases deve ser agendada uma reunião de avaliação em que estarão presentes o enfermeiro em integração, o integrador e o enfermeiro chefe do serviço. Nessas reuniões intercalares, pretende-se refletir sobre o processo de integração do novo elemento, de forma a detetar atempadamente necessidades ou dificuldades, de forma a poderem ser traçadas estratégias que permitam superar e / ou colmatar as dificuldades encontradas.

Em cada fase deverão ser preenchidas as fichas de avaliação existentes no programa de integração, através das quais se tomam decisões sobre a transição para a fase seguinte do novo elemento, tendo ainda em conta se os objetivos dessa fase foram atingidos.

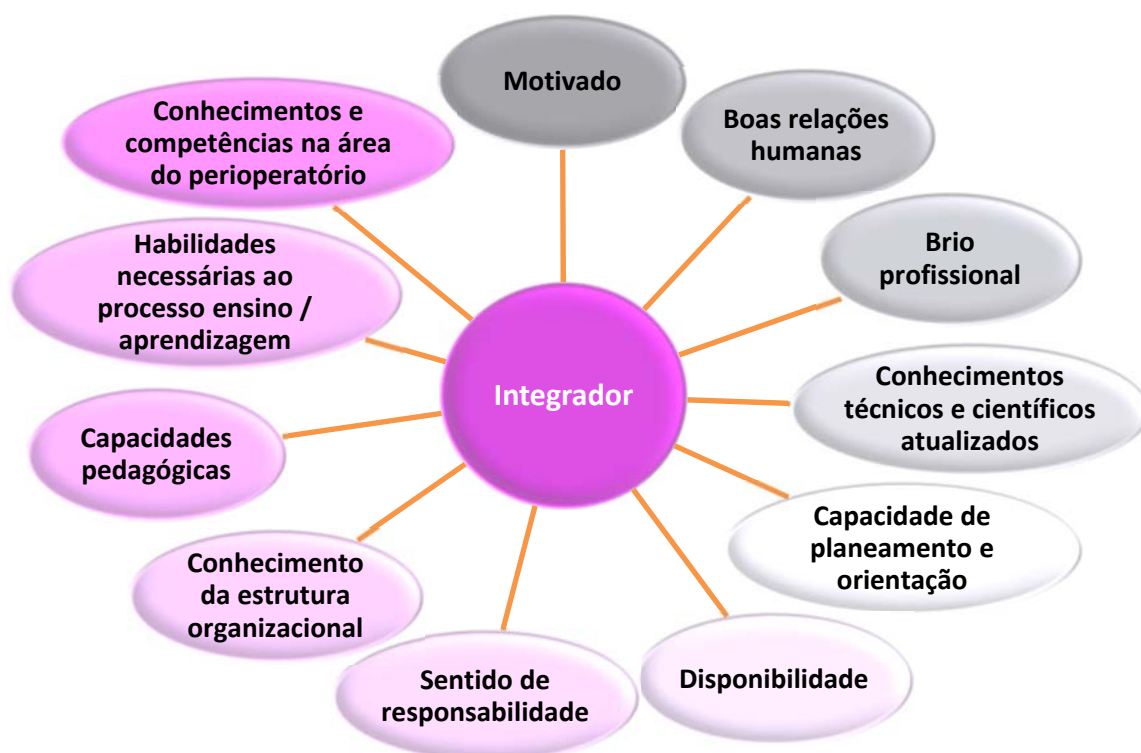
Poderá ser dado por terminado o programa de integração, quando o elemento em integração atingir a destreza manual e intelectual necessária para a resolução de problemas básicos essenciais a um bom desempenho profissional.

As características do enfermeiro integrador revelam-se como tendo importância primordial no processo de integração, pois será o enfermeiro que servirá de modelo, e procurará integrar no mais

curto espaço de tempo o novo elemento, levando-o a cumprir os objetivos traçados de forma a prestar cuidados de qualidade e em segurança.

O enfermeiro chefe em conjunto com a equipa de coordenação do serviço deverá nomear os enfermeiros integradores, devendo cumprir o requisito básico de ser o enfermeiro especialista ou o perito do serviço, com pelo menos três anos de experiência e apresentar as seguintes características chave:

Figura 5- Características do enfermeiro integrador



(Fonte: AESOP, 2006, p. 291)

As atividades desenvolvidas no decurso do programa de integração deverão decorrer num ambiente agradável e de confiança, propício ao diálogo, incentivando a verbalização de dúvidas existentes e dificuldades sentidas pelo novo elemento em integração. O integrador deverá demonstrar competência e compreensão que facilitem o avançar do processo de integração.

Existem alguns estudos na área da integração de enfermeiros no bloco operatório, sendo de realçar a Tese de Doutoramento de Dinora Cabral (2004) “Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória. Contributos para a sua implementação” que conseguiu no seu estudo comparativo entre tipos de integração em bloco operatório de uma instituição privada e uma pública, confirmar a hipótese de que “a integração feita pelo mesmo enfermeiro influencia a integração do novo elemento” (Cabral, 2004, p. 273), referindo que a grande maioria dos inquiridos defendeu ser

importante a integração ser feita por um único integrador, pelos laços que se criam entre o integrador e o elemento em processo de integração e que funcionam como facilitadores na transmissão de saberes.

No quadro 7 encontram-se as principais atividades a desenvolver pelo integrador e pelo enfermeiro em integração.

Quadro 7- Atividades do integrador e do enfermeiro em integração

Atividades do integrador	Atividades do enfermeiro em integração
- Atuar como recurso e “Modelo” de atuação e de consulta;	- Demonstrar conhecimentos das regras e procedimentos do processo de integração;
- Criar uma atmosfera que promova a aprendizagem e a confiança;	- Conhecer os objetivos do programa de integração;
- Conhecer os objetivos e os recursos utilizados;	- Comunicar as suas necessidades de aprendizagem ao integrador;
- Planejar as ações a desenvolver com o integrando, de modo a enquadrar os seus objetivos com os do programa;	- Facilitar a orientação e a avaliação do processo de integração;
- Supervisionar o desempenho do enfermeiro a integrar;	- Manter com o enfermeiro chefe e integrador espaços de reflexão sobre a sua evolução no processo de integração;
- Manter o horário previamente fixado.	- Manter o horário previamente fixado.

(Fonte: AESOP, 2006, p. 291)

O tempo necessário para o período de integração reveste-se de uma importância maior. As instituições não querem perder dinheiro e tentam que os planos de integração sejam o mais curtos possível, esquecendo por vezes a importância de que se reveste o processo e os ganhos a médio / longo prazo.

Assim, e segundo a AESOP, baseada nas indicações emanadas pela AORN (Association of periOperative Registered Nurses) os tempos de integração dependem do grau de experiência prévia dos elementos em integração e da especificidade das funções a desempenhar. Esses tempos não são estanques e devem ser ajustáveis às diferentes situações, características do enfermeiro em integração e cumprimento das objetivos delineados nas várias etapas.

Os tempos de integração deverão ser os seguintes:

- enfermeiros sem experiência profissional, o tempo de integração deverá de um ano e meio;
- enfermeiros com experiência profissional (que não seja em bloco operatório), um ano de integração;

- enfermeiros com experiência em bloco operatório, seis meses de integração.

A primeira fase do processo de integração toma o nome de fase de acolhimento ou de observação e deverá ter a duração de um mês. O seu principal objetivo será o de conhecer a dinâmica da organização e do serviço, bem como as normas existentes e as funções que deverá desempenhar no exercício das suas funções, logo, a sua socialização e a sua adaptação ao bloco operatório. São várias as etapas existentes nesta fase que de acordo com a AESOP (2006) são:

1. Entrevista inicial com o enfermeiro chefe e integrador, onde serão feitas as apresentações dos elementos envolvidos no processo de integração, conhecendo as necessidades e expectativas do novo elemento. Deverá ser entregue uma ficha de colheita de dados pessoais e profissionais a preencher pelo novo elemento. São transmitidas informações gerais sobre a instituição, o serviço, o departamento de enfermagem, o ambiente de trabalho e a equipa multidisciplinar.
2. Visita ao serviço, onde se apresenta o novo elemento à equipa multidisciplinar e se procura familiarizar o novo elemento com a forma de organização do serviço.
3. Entrega do programa de integração pelo integrador ao novo elemento de forma a planificar o processo de integração.
4. Visita à Central de Esterilização com o objetivo de dar a conhecer o processamento realizado ao material cirúrgico desde que sai do bloco operatório, até à sua esterilização na Central.
5. Observação como método pretendido nesta primeira fase. O novo elemento em processo de integração deverá observar, inspecionar, conhecer as normas do serviço, os comportamentos a adotar, os registos a efetuar, sendo incentivado a documentar-se e a apresentar dúvidas. Deverá interiorizar as funções a desempenhar enquanto enfermeiro perioperatório (enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista), interiorizando o conteúdo funcional de cada uma delas.
6. Avaliação / apreciação realizada pelo novo elemento em integração em ficha própria, na presença do integrador e do enfermeiro chefe e assinda apor todos. Se necessário poderá ser feita uma adaptação ao plano inicial de acordo com as necessidades do integrando, caso contrário avança para a fase seguinte.

A segunda fase do processo de integração recebe o nome de enfermeiro de anestesia. Deverá ter a duração de 2 meses e inicia o novo elemento no desenvolvimento das diferentes funções da enfermagem perioperatória. O principal objetivo a atingir nesta fase será o de desenvolver competências como enfermeiro de apoio à anestesia. São várias as etapas a seguir, e de acordo com a AESOP (2006) são:

1. Acolhimento do doente no bloco operatório.
2. Conhecer o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia.
3. Colaborar com o anestesista e realizar procedimentos de enfermagem durante o ato anestésico.
4. Conhecer a ação e interação dos fármacos utilizados nos diversos procedimentos anestésicos.
5. Conhecer as diferentes técnicas anestésicas.
6. Realizar registos de enfermagem.
7. Colaborar na transferência do doente para a URPA / UCI / internamento.
8. Transmitir informações orais e escritas que permitam a continuidade dos cuidados.
9. Reorganizar a sala operatória e repor o material que foi gasto.
10. Realizar a visita pré operatória.

Ao longo desta fase, o novo elemento inicia um período de observação, adotando uma postura de escuta ativa e gradualmente irá colaborar com o enfermeiro integrador no desempenho das funções de apoio à anestesia até que o fará sozinho apenas supervisionado pelo enfermeiro integrador. Nesta fase o integrando deverá desenvolver atividades relacionadas com o cuidar e com a técnica, adquirindo conhecimentos de anestesia e o integrador deverá encontrar-se disponível para esclarecer dúvidas que surjam e disponibilizando ou indicando bibliografia específica. Da mesma forma que na fase anterior, segue-se um período de avaliação findo o qual se avança para a fase seguinte.

A terceira fase do processo de integração toma o nome de enfermeiro circulante. Deverá ter a duração de 3 meses e será a fase em que o novo elemento inicia a segunda função da enfermagem perioperatória. O seu principal objetivo será “desenvolver competências como enfermeiro circulante” (AESOP, 2006, p. 293). Também esta fase tem várias etapas a seguir e que segundo a AESOP são:

1. Verificar o plano operatório e planejar os cuidados.
2. Controlar as condições ambientais da sala operatória.
3. Preparar e testar todo o equipamento necessário à cirurgia.
4. Colaborar no acolhimento do doente.
5. Colaborar na preparação das mesas cirúrgicas, cumprindo a técnica assética cirúrgica.
6. Colaborar no posicionamento do doente.
7. Colaborar na desinfeção do campo operatório.
8. Colaborar com a enfermeira instrumentista e com a restante equipa cirúrgica.

9. Manter a disciplina na sala e vigiar o comportamento da equipa.
10. Dar resposta a situações de urgência, no decorrer da intervenção cirúrgica.
11. Realizar contagem de compressas e dispositivos médicos, conforme protocolo.
12. Preparar material de penso e drenagem.
13. Manter a segurança do doente.
14. Realizar os registos dos dispositivos médicos implantados no doente.
15. Realizar os registos dos cuidados intra-operatórios.
16. Colaborar na saída do doente para a URPA / UCI / internamento.
17. Reorganizar e repor a sala, em colaboração com o enfermeiro de anestesia.

À semelhança da fase anterior, também nesta fase o novo elemento deve iniciar as suas funções adotando uma postura de observação e posteriormente de colaboração com o integrador, passando posteriormente ao desempenho das atividades propostas para esta fase sob a supervisão do integrador.

Nesta fase o enfermeiro deverá relembrar a fragilidade do doente que tem necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais e que se encontra num momento de grande dependência sem que possa controlar ou responder às suas necessidades, devendo atuar como seu advogado, garantindo a sua segurança e que a sua vontade seja respeitada. A noção de assépsia toma uma importância relevante e deve ser sempre respeitada. No final, também se deverá proceder à avaliação e passar à fase seguinte.

A quarta e última fase toma o nome de **enfermeiro instrumentista** e terá a duração de 6 meses. Os seus principais objetivos são a transmissão de princípios básicos sobre instrumentação e o desenvolvimento de competências como enfermeiro instrumentista.

É composta por duas etapas, em que na primeira o novo elemento observará o integrador no desempenho das funções de enfermeiro instrumentista. Nesta primeira fase o integrando observa e realiza procedimentos básicos inerentes à função de instrumentista e é uma fase essencialmente teórica. Segundo a AESOP (2006) o novo elemento deverá ser capaz de:

1. Perceber a área de atuação do enfermeiro instrumentista e as vantagens da sua participação na equipa cirúrgica
2. Lavagem cirúrgica das mãos.
3. Vestir e retirar indumentária estéril (bata cirúrgica e luvas).
4. Princípios gerais da colocação de mesas de instrumentação, sua organização e manutenção e dos campos estéreis.

5. Conhecer as regras de movimentação da equipa cirúrgica.
6. Conhecer as normas de passagem de instrumental cirúrgico ao cirurgião.
7. Conhecer os diferentes tipos de sutura e suas aplicações.
8. Conhecer as normas de evacuação de materiais contaminados da sala operatória.

E a segunda etapa em que se invertem os papéis e o enfermeiro em integração passa ao desempenho das funções de instrumentista sob a observação e supervisão do integrador. O novo elemento deverá ser capaz de:

1. Verificar o plano operatório e planejar os cuidados a desenvolver.
2. Colaborar na preparação do instrumental cirúrgico e equipamento.
3. Realizar a lavagem cirúrgica das mãos e vestir indumentária cirúrgica de acordo com o protocolo.
4. Preparar as mesas para a cirurgia.
5. Colaborar com a restante equipa cirúrgica.
6. Ser responsável pela manutenção da assépsia.
7. Conhecer e prever os tempos operatórios.
8. Realizar a passagem dos instrumentos cirúrgicos de forma correta e segura.
9. Manter a organização da mesa de instrumentação.
10. Realizar contagem de compressas, instrumental cirúrgico e de corto perfurantes segundo protocolo existente.
11. Colaborar na colocação de drenagens e realização de penso operatório.
12. Remover material operatório das mesas de instrumentação.
13. Colaborar na transferência do doente.

O novo elemento deverá desenvolver conhecimentos técnicos e científicos que lhe permitam antecipar as necessidades do doente e cirurgião, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação de forma que decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa cirúrgica. Com a instrumentação deverá conseguir prevenir a infeção, evitar acidentes e diminuir os tempos cirúrgicos, reduzindo desta forma os riscos a que o doente está exposto no decurso da cirurgia.

No final desta fase dever-se-á proceder à sua avaliação nos mesmos moldes das fases anteriores para além de se passar à avaliação de todo o programa de integração. O enfermeiro em integração deverá manifestar a sua apreciação quanto ao programa de que fez parte integrante bem como sobre o integrador, dando sugestões e possíveis alterações a introduzir no sentido de melhorar o programa de integração existente (AESOP, 2006).

Quando o plano de integração é realizado de forma correta, o profissional é induzido a ser mais produtivo num menor espaço de tempo, evita a ocorrência de erros por parte do novo elemento na execução de tarefas, diminui a ansiedade do elemento em integração, deixando-o mais tranquilo e apto a captar todas as informações. Por outro lado, fortalece a imagem que o novo elemento tem do serviço não só para si mas também para o exterior, fazendo com que o elemento em integração caminhe rumo aos objetivos e filosofia da empresa e proporciona bem-estar ao novo elemento diante dos seus colegas de trabalho (Carvalho, 2016).

4. O ciclo formativo

4.1. Fases do processo de formação

Como já foi referido por diversas vezes ao longo do trabalho de projeto, a formação desempenha um papel primordial e crucial para a aquisição de competências num mundo laboral cada vez mais competitivo, onde os doentes têm patologias cada vez mais agressivas e contam com todo um histórico de doenças concomitantes num ciclo de vida cada vez mais longo, graças aos constantes avanços tecnológicos, científicos e teóricos. Sem a formação profissional, não seria possível acompanhar todo esse progresso que torna os cuidados na atualidade tão fugazes e voláteis.

Segundo Cardim (2009, p.1) o aperfeiçoamento profissional dos ativos tem como principal objetivo “melhorar competências profissionais, atualizar conhecimentos, alargar a gama de atividades realizadas ou o respetivo nível e, de maneira geral, responder a problemas e falhas de execução dos trabalhos”. Deverá ser orientada para a melhoria do desempenho das funções exercidas pelos trabalhadores.

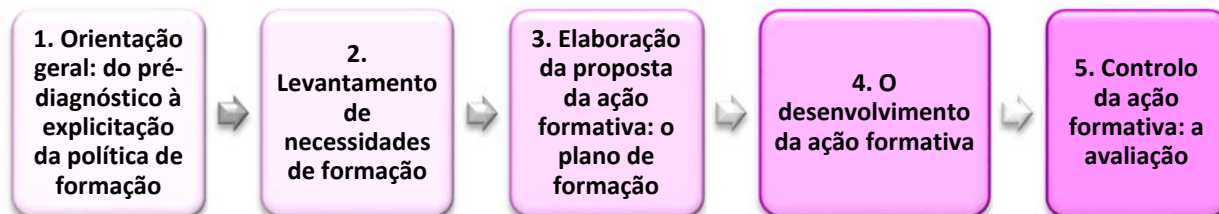
As modalidades de aperfeiçoamento profissional podem ser de vários tipos, sendo que relativamente ao bloco operatório deverão passar essencialmente pelo aperfeiçoamento profissional dos ativos, recorrendo à atualização (tendo como meta a formação dos profissionais em novas técnicas ou funções, como resultado da evolução tecnológica ou da própria organização), reciclagem (procurando manter o grau de operacionalidade dos profissionais) e a formação complementar (tendo em vista a preparação para aspetos novos da profissão como sejam as funções a desempenhar no bloco operatório que pouco ou nada são abordados na formação inicial em enfermagem) (Cardim, 2009). Outra das modalidades será a formação inicial para integração de novos trabalhadores tenham eles experiência ou não no desempenho de funções, seja ela em bloco operatório ou em outro tipo de serviços (consultas, internamentos, etc.). São ações mais longas e podem mesmo apresentar programas próximos das formações formalizadas, podendo demorar semanas ou até mesmo meses. São formações em que pelo menos no início o novo elemento não conta para números efetivos de trabalhadores, encontrando-se supranumerário, sendo este

“o momento ideal para se desenvolver uma ação de “iniciação” ou “integração” com maior profundidade, uma vez que, não estando ainda afetos ao trabalho real, há maior disponibilidade para aprender de forma mais sistemática e completa os procedimentos específicos das atividades que vão ser exercidas” (Cardim, 2009, p. 4).

Estando as organizações interessadas em melhorar o desempenho dos seus profissionais e abordando especificamente o serviço de Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz, o processo de formação “integra um método geral de análise, planeamento, desenvolvimento e

controlo da formação” (Cardim, 2009, p. 15) dos novos elementos no processo de integração. Segundo o autor são cinco as fases presentes no processo de formação:

Figura 6 - Fases do processo de formação nas organizações



(Fonte: a própria, segundo Cardim, 2009, p. 16-18)

e que passarei a explicar de forma sumária.

1. Orientação geral: do pré-diagnóstico à explicitação da política de formação

É uma fase inicial que pretende estabelecer a orientação geral da ação formativa. Resulta das intenções de gestão acerca do papel a atribuir à ação formativa e pode tomar o nome de política de formação. Segundo Meignant (2003, p. 51) “justifica-se pela contribuição para a eficiência da organização”. Não é uma atividade isolada, mas sim um elemento de um processo global de gestão e desenvolvimento dos recursos humanos. Para o autor, gerir competências é

“agir simultaneamente sobre o desenvolvimento dos saberes individuais, sobre a valorização dos saberes adquiridos, incluindo os que não eram, eventualmente, utilizados nos postos de trabalho ocupados, e sobre a organização do trabalho para que as pessoas estejam efetivamente em situação de exercer essa competência” (Meignant, 2003, p. 56).

As políticas de formação devem corresponder a três finalidades: “consolidar o existente, acompanhar e facilitar as mudanças, preparar o futuro” (Meignant, 2003, p. 60), remetendo para objetivos a curto prazo (por exemplo os desempenhos individuais no local de trabalho, máximo de um ano), médio (integrações de profissionais no serviço, três anos e por vezes cinco) e longo prazo (como a evolução da profissão ou das qualificações, cinco ou dez anos).

Segundo Cardim (2009, p. 21), para que possam ser definidos os objetivos da formação, é necessário que haja um estudo prévio da organização, estudo esse feito de forma sumário e que se designa por pré-diagnóstico. Consiste na “recolha da informação para caraterizar a organização em estudo, identificar o cliente (quem é, quais as suas expectativas e objetivos), caraterizar sumária e genericamente o seu potencial de necessidades e as áreas de possível desenvolvimento do trabalho formativo”. Este pré-diagnóstico tem como objetivo a determinação da metodologia e dimensão do diagnóstico de necessidades, procurando dar resposta aos problemas que justificam a ação,

identificação dos protagonistas envolvidos, suas expectativas, recursos disponíveis e pontos fortes e fracos que justifiquem a intervenção formativa.

O pré-diagnóstico deverá permitir a definição dos contornos da fase seguinte – diagnóstico de necessidades de formação.

2. Diagnóstico de necessidades de formação

O diagnóstico de necessidades de formação é uma das fases mais frágeis do processo e a que requer mais técnica e experiência, implicando saber distinguir causas de efeitos e se efetivamente a necessidade levantada pode ser solucionada através da formação.

Pode ser definida como a “recolha de informações através de inquérito, utilizando instrumentos metodológicos adequados à mensuração e representação documental das disfunções de desempenho / problemas de organização” (Cardim, 2009, p. 35). Pode dizer-se que as necessidades de formação correspondem à diferença entre o nível de desempenho desejável, exigido ou espectável e o real desempenho (nível de competências mobilizadas) de um ou vários elementos da organização.

3. Elaboração da proposta da ação formativa: o plano de formação

Nesta fase é elaborada uma proposta ou plano de formação que tenha em conta a política de formação da organização e a identificação das necessidades concretas, permitindo assim, a definição de atividades formativas (Cardim, 2009).

Segundo Meignant (2003, p. 158), plano de formação pode ser definido como a “tradução operacional e orçamental das opções da gestão de uma organização sobre os meios que afeta, num determinado período, ao desenvolvimento da competência individual e coletiva dos assalariados”. Esse plano é o resultado das escolhas feitas pelos responsáveis da organização / serviço, sendo operacional na medida em que envolve uma ação à qual estão afetos determinados recursos a despender.

O plano de formação deverá ser composto por várias fases, nomeadamente: introdução (referência às políticas de formação, objetivos, prioridades e estratégia de execução e as necessidades de formação identificadas), a descrição das atividades formativas a desenvolver (público-alvo, duração, número de participantes, conteúdo programático, etc.), cronograma das ações (instalações, formadores), classificação das ações e orçamento (Cardim, 2009).

4. Desenvolvimento da ação formativa

Relativamente ao desenvolvimento da ação formativa, esta pode assumir várias configurações. As mais comuns são as formações organizadas e caracterizadas por um programa composto por formadores e formandos, realizadas em ambiente adequado à assimilação de conhecimentos, das atividades formativas em local de trabalho, normalmente com um caráter livre, sempre com a importância máxima apontada para o desenvolvimento dos recursos humanos (Cardim, 2009).

Na atualidade existem ainda outro tipo de formações que integram a teoria e a prática de forma mais ou menos harmoniosa e de que são exemplo a formação-ação (cursos convencionais complementados com consultoria no próprio ambiente de trabalho), a formação à distância e *e-learning*, o *outdoor* (transposição de problemas, desafios e riscos vividos no dia a dia da organização, para cenários diferentes) e os *assessment centers* (avaliação e desenvolvimento de quadros em local reservado), “todas elas visando melhorar a eficácia da formação” (Cardim, 2009, p. 107).

É uma fase que envolve muito mais do que a colocação em prática do plano de formação, passa por toda a organização da ação formativa e que diz respeito ao programa ou currículo, ao plano de desenvolvimento do programa com o respetivo cronograma e horários, os formandos com todas as especificações dos seus requisitos de ingresso, os formadores e os seus requisitos de recrutamento, os recursos didáticos e as regras de funcionamento da ação, com aspetos de disciplina de formandos e formadores, horários e presenças, afetação de meios, formas de avaliação, etc. (Cardim, 2009).

5. Controlo da ação formativa: a avaliação

No que diz respeito à avaliação da formação, ela permite perceber a noção do seu valor, dá-nos uma visão crítica do trabalho efetuado. É através da avaliação que se consegue ter um controlo da conformidade entre o que foi planeado e o que foi executado. Assim, a avaliação “constitui um processo de recolha e tratamento de informação permitindo estabelecer um juízo de valor sobre uma dada informação permitindo estabelecer um juízo de valor sobre uma dada intervenção formativa, tendo em vista sua correção” (Cardim, 2009, p. 141).

Relativamente ao conteúdo da avaliação, existem três momentos em que deve ser feita avaliação e que são antes da análise da ação formativa (que procura determinar a sua adequação aos objetivos traçados), durante a ação (procura analisar o ajustamento às necessidades do público e da organização) e por último no fim da formação (analisar os resultados e o impacto sobre a atividade profissional) (Cardim, 2009). Existem assim, de acordo com o autor, quatro tipos de conteúdos de avaliação:

A1 - Conceção do currículo e adequação aos objetivos propostos pela organização – procura precisar de forma rigorosa os objetivos dos planos de formação a desenvolver, podendo surgir uma análise crítica da sua aplicabilidade. Daqui resultam recomendações para os formadores. Para que se possa efetuar uma avaliação da transferência para as situações de trabalho, é essencial que seja feito um questionário prévio aos formadores com especificações dos pontos do programa que possam ser aplicados após o curso e das matérias a lecionar, priorizando as que têm caráter mais operativo e aplicável;

A2 - Implementação da ação e adesão / satisfação dos participantes às condições de execução – a tão conhecida avaliação da satisfação e que por muitos autores não é considerado um momento de avaliação. Permite identificar alguns fatores como seja

“o interesse dos formandos pelas matérias abordadas, as condições logísticas em que foi desenvolvida a formação, a qualidade do equipamento, a utilidade da documentação, o clima relacional vivido durante a formação, os aspetos a melhorar na organização da formação, o que funcionou mal, etc.” (Cardim, 2009, p. 145)

sendo esta uma avaliação feita aos formandos em cima do acontecimento ou “a quente”. A avaliação interessa não só à organização como também aos formadores ao fornecer-lhe um *feedback* dos resultados. Pode ser feito de forma presencial ou não, sobre a forma de entrevista ou questionário, sendo o questionário o mais usual. É um tipo de avaliação pouco significativa pela elevada subjetividade das respostas dos formandos, servindo sim como avisos, podendo detetar falhas na organização da formação mediante as opiniões registadas.

B - Ação pedagógica ou didática focada na aplicação – segundo nível de avaliação em que ocorre análise da aquisição de conhecimentos, pretendendo determinar se houve aquisição de conhecimentos e comportamentos que tenham sido definidos como objetivos. Neste nível encontra-se a avaliação diagnóstica (previa à formação e que pretende verificar qual o nível de conhecimentos, aptidões ou capacidades dos formandos), avaliação formativa (no decurso da aprendizagem, surge como uma avaliação intermédia e visa a retroalimentação da formação ao introduzir, se for o caso, medidas corretivas) e a avaliação sumativa (no final da formação, faz um balanço das aprendizagens e competências adquiridas no decurso da formação, podendo ser feita através de uma prova, teste ou exame, podendo também assentar na análise de simulações ou num trabalho prático).

C - Avaliação de transferência para situações de trabalho – implica comparar os conhecimentos e conceitos aprendidos no decurso da formação com a sua operacionalização o posto de trabalho, ou seja, no seu desempenho efetivo. Na formação, o mais importante não passa pela aprendizagem,

mas sim pela sua aplicação na prática. Nem sempre é fácil proceder a este tipo de avaliação, devendo uma vez mais haver objetivos bem definidos, sejam os propostos ou os ensinados. Pode ser feito através da aplicação de questionários, entrevistas, análise estatística ou até mesmo recorrendo às chefias diretas e às avaliações de desempenho dos profissionais, estendendo-se o prazo entre o fim da ação e a sua avaliação desde algumas semanas a seis meses após o término da formação.

D - Avaliação do impacto ou dos efeitos globais da formação – é o nível mais global e ambicioso e procura avaliar “em que medida a organização, no seu conjunto, beneficiou com a formação, permitindo a análise do retorno do investimento realizado (...) consiste em determinar o impacto económico da formação” (Cardim, 2009, p. 152). Também este tipo de avaliação se encontra diferida no tempo, devendo introduzir-se um prazo que costuma ir de um a seis meses após ter terminado a formação, dando tempo para que se verifiquem e consolidem os efeitos da formação.

Também Meignant (2001) nos fala de quatro níveis possíveis de avaliação da formação:

- Nível 1 - Avaliação da satisfação – procurando responder à questão “qual é a opinião “a quente” dos estagiários sobre a prestação de formação?” (Meignant, 2001, p. 256)
- Nível 2 – Avaliação pedagógica – procurando respostas para as questões “os estagiários adquiriram os conhecimentos e o saber-fazer previstos?”, “memorizam-nos?”, sendo esta última uma avaliação em diferido (Meignant, 2001, p. 256)
- Nível 3 – Avaliação da transferência para as situações de trabalho – respondendo à questão “os estagiários aplicam o que aprenderam?” (Meignant, 2001, p. 256)
- Nível 4 – Avaliação dos efeitos da formação – procurando responder à questão “a formação permite atingir os objetivos individuais e coletivos afixados?” (Meignant, 2001, p. 256).

Outra das avaliações possíveis foi definida por Kirkpatrick e é composta por quatro níveis que de acordo com Gonçalves (2015) são:

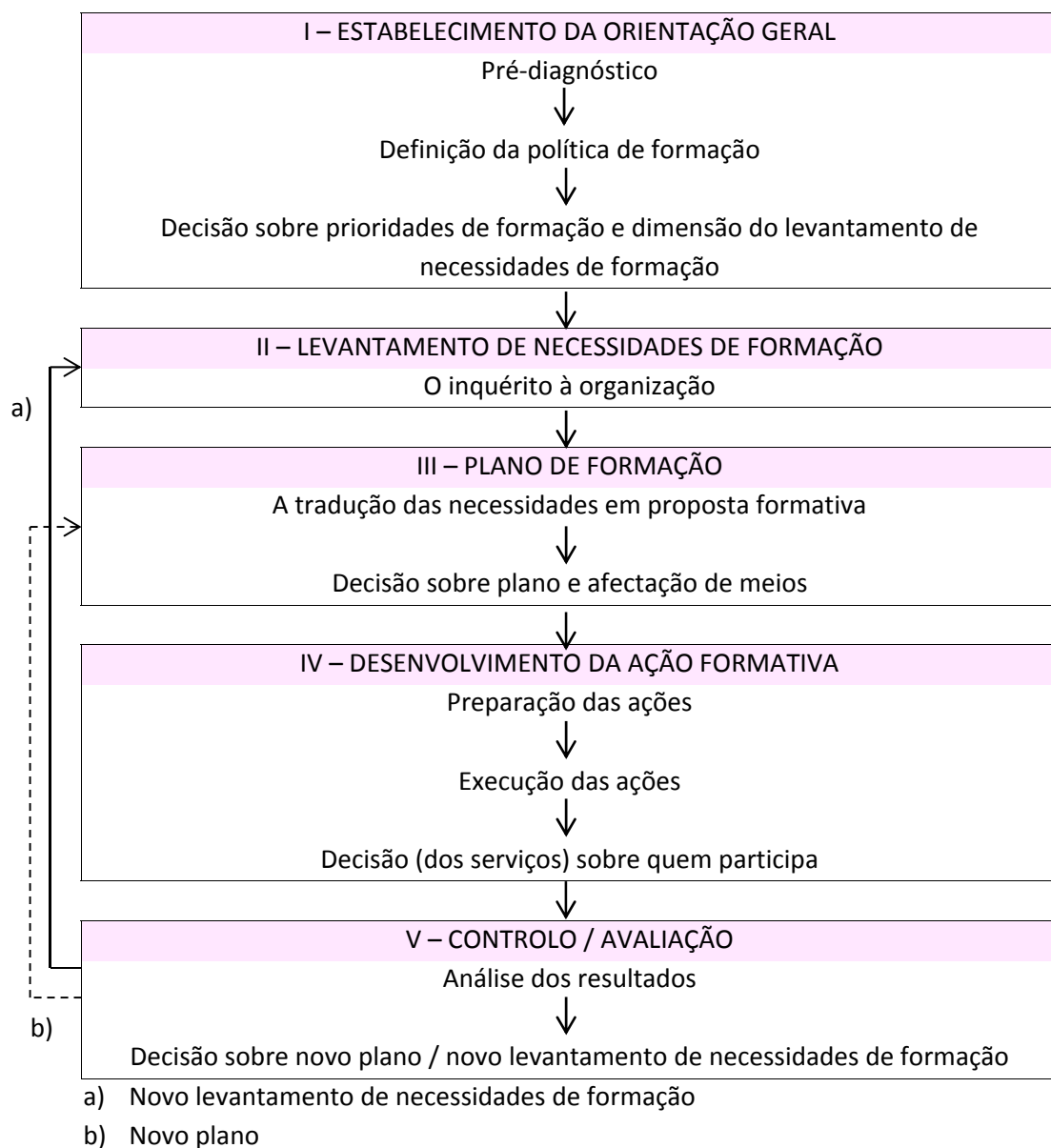
- Nível 1 – Reação, avalia a reação dos participantes à formação; procura avaliar a reação dos formandos, incidindo essencialmente em aspetos como o tema, o formador, os métodos, os materiais.
- Nível 2 – Aprendizagem, avalia as aprendizagens efetuadas; avaliação pedagógica, incidindo sobre a aquisição e o desenvolvimento dos vários tipos de conhecimentos: declarativos, processuais e técnicos.

- Nível 3 – Comportamento, avalia os comportamentos no contexto real do trabalho; o foco é o comportamento dos formandos no final da formação e pretende analisar a transferência de aprendizagens.

- Nível 4 – Resultados, avalia os resultados da formação; avalia os resultados da formação para a organização, em termos de aumento de vendas, maior produtividade, aumento de lucros, diminuição de custos, menor rotação dos colaboradores, aumento da qualidade, satisfação dos clientes, etc.

A jeito de conclusão, a figura 7 representa o processo de formação nas organizações, segundo Cardim (2009).

Figura 7 - Desenvolvimento do processo de formação nas organizações



(Fonte: Cardim, 2009, p. 18)

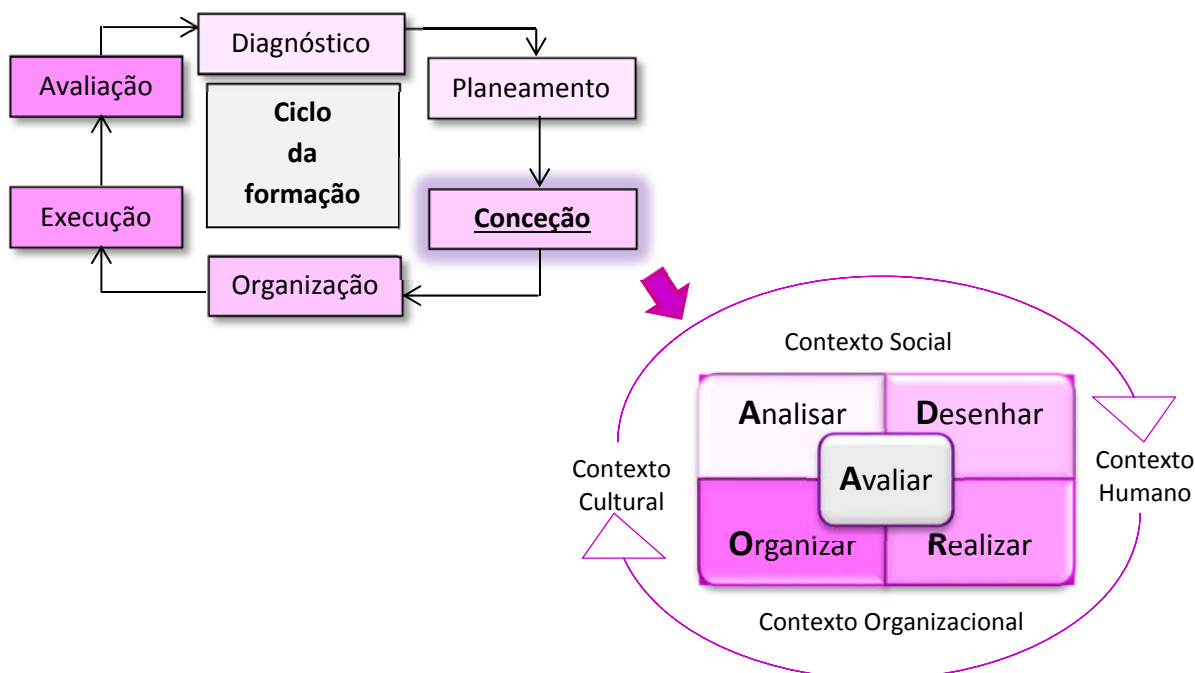
4.2. Organização da ação formativa

O Instituto para a Qualidade na Formação (IQF), propôs o modelo ADORA (Analisar, Desenhar, Organizar, Realizar e Avaliar), um guia metodológico para a conceção de cursos e de materiais pedagógicos e que serve de base à execução de ações formativas, partindo do ciclo formativo e integrando os vários domínios de intervenção. É um “instrumento de apoio à análise e reflexão críticas das propostas formativas desenhadas e implementadas pelas entidades e profissionais da educação e formação, constituindo-se também como metodologia de apoio à tomada de decisões e seleção de opções de natureza pedagógica” (IQF, 2004, p. 27).

O modelo sugere que a conceção da formação seja efetuada em cinco fases independentes, mas que se complementam e interligam entre si. Essas cinco fases são identificadas no acrónimo que dá nome ao modelo e que permite a sua memorização de forma mais fácil.

Tendo em conta o ciclo da formação, no domínio da conceção, surgem essas cinco fases, tal como se pode visualizar na figura 8.

Figura 8 – Ciclo de formação e o Modelo ADORA



(Fonte: Instituto para a Qualidade na Formação, 2004, p. 21)

O modelo propõe-se a responder ou a equacionar propostas de ação ou de solução a um conjunto de questões colocadas a quem tem como missão “contribuir ativamente para o desenvolvimento sustentado do conhecimento, da autonomia, da responsabilidade, da competitividade e da empregabilidade dos cidadãos ativos do nosso país” (IQF, 2004, p. 13). As questões são:

- “- Qual é exatamente o problema ou desafio?
- Qual é exatamente o valor acrescentado? O que é que os clientes diretos e indiretos ganham?
- Quais os resultados que serão alcançados pelas pessoas, pelas equipas e pelas organizações envolvidas?
- São claros e conhecidos os investimentos necessários à conceção e implementação da proposta formativa?
- Os momentos críticos de conceção e implementação da proposta formativa (que remetem para decisões críticas) são alvo de reflexão e legitimação pela gestão e/ou cliente?” (IQF, 2004, p. 13-14).

Na fase de conceção da formação do ciclo da formação encontram-se as cinco fases do modelo ADORA e que são:

Fase I do modelo ADORA – Analisar os contextos de partida

Tendo em conta que “os objetivos consistem na tradução pedagógica das competências pré-identificadas” (IQF, 2004, p. 22), nesta fase procura-se a sinalização de competências a desenvolver para a definição de objetivos de aprendizagem.

Esta fase encontra-se dividida em dois processos: analisar competências referenciadas a contextos de desempenho e construir objetivos de aprendizagem válidos e adequados ao público e aos contextos determinados.

O diagnóstico de necessidades de competências pretende caracterizar o contexto de partida, identificar as competências críticas e quais as que não são para desenvolver através da formação e identificar o perfil de entrada do formando. O passo seguinte será a transformação dessas competências em objetivos gerais e específicos, tendo em conta que serão esses objetivos que irão suportar toda a estrutura do trabalho, daí a sua importância (IQF, 2004).

Fase II do modelo ADORA – Desenhar a proposta formativa

Os dois processos que compõem esta fase são a agregação de objetivos de aprendizagem por domínios do saber e formas de organizar a formação e desenhar caminhos de aprendizagem ajustados ao público e contexto determinados.

Existem vários domínios do saber: domínio cognitivo – saber (plano dos processos intelectuais, da aquisição de conhecimentos e informações, da compreensão, análise e resolução de problemas); domínio afetivo – saber ser (plano das atitudes, valores, emoções e sentimentos); domínio psicomotor - saber fazer (competências associadas a atividades motoras, tais como construir, manipular, fazer).

Relativamente às formas de organizar a formação, esta pode processar-se em ambiente presencial, à distância, em contexto de trabalho ou em regime de autoformação.

Fase III do modelo ADORA – Organizar as sequências pedagógicas

Divide-se em dois processos: estabelecer sequências de conteúdos e respetivos saberes a adquirir / desenvolver e selecionar estratégias de aprendizagem adequadas aos formandos e aos contextos.

A informação que deve constar no decurso da formação, segundo Nadler (1994), pode dividir-se em quatro categorias: essencial (essenciais à prossecução dos objetivos ou desempenhos definidos), auxiliar (suplementares a determinado objetivo ou desempenho), periférica (não crítico, mas associado a determinado objetivo ou desempenho) e marginal (não diretamente associado a um objetivo ou desempenho).

Quanto aos métodos pedagógicos mais adequados ao desenvolvimento da formação, podem ser de três categorias: afirmativos (expositivo ou demonstrativo), interrogativos (dedutivo ou indutivo) e ativos (pedagogia de projeto, trabalho de pesquisa, estudos de caso, simulação e *role-playing*, trabalho de grupo, *brainstorming*).

De acordo com IQF (2004), os estilos de aprendizagem que mais se destacam são o teórico, o reflexivo, o ativista e o pragmático.

Fase IV do modelo ADORA – Realizar recursos técnico-pedagógicos e preparar equipamentos de apoio

Apresenta três processos diferentes: conceber, validar e produzir recursos técnico-pedagógicos (formatação pedagógica), estruturar, validar e produzir guiões pedagógicos (apoio ao formador) e produzir e validar ajudas ao trabalho adequados aos públicos e contextos de trabalho.

Os recursos técnico-pedagógicos são “todo e qualquer conteúdo de informação e conhecimento, disponível em suporte físico, em formato digital ou configurando um objeto

tecnológico, subordinável a objetivos de formação e inserção (...) com valor para o reforço de competências específicas de determinada população” (EQUAL, 2003, cit. in IQF, 2004, p. 177).

Existem vários fatores a ter em conta na altura da escolha dos recursos técnico-pedagógicos e equipamentos de apoio, nomeadamente a natureza dos conteúdos de aprendizagem, as características dos métodos pedagógicos a utilizar, do público-alvo, intrínsecas ao próprio equipamento, tempo disponível, experiência do formador na utilização do recurso e técnica escolhidos, população a formar, etc. Quando se recorre a mais que um método em simultâneo, o processo de aprendizagem acaba por ser facilitado.

Fase V do modelo ADORA – Avaliar a estratégia pedagógica

Tem um único processo que é a definição da estratégia avaliativa. Para tal, existem algumas etapas a seguir de forma a conseguir regular o processo de formação (realinhando as intervenções de acordo com as necessidades), medir os resultados alcançados, com vista ao desenvolvimento e melhoria contínua. Esta estratégia avaliativa deverá ser “concebida logo após a estabilização da proposta formativa a desenvolver” (IQF, 2004, p. 251).

Existem algumas etapas a seguir na elaboração da estratégia de avaliação (IQF, 2004):

Etapa 1 - Finalidade da avaliação. Por exemplo para determinar a eficiência / eficácia de determinados componentes; a continuidade, redução ou desenvolvimento de algumas práticas; a manutenção da oferta formativa tendo em consideração o grau de inserção do profissional após a formação; para aferir o impacto ao nível do desempenho individual ou organizacional; para cumprir procedimentos burocráticos ou requisitos da certificação.

Etapa 2 – Objeto de análise. Para além da sobejamente efetuada avaliação de reação e de aprendizagens, procura-se cada vez mais avaliar o impacto da formação no desempenho dos profissionais. Uma das formas de avaliação mais conhecidas e utilizadas é a abordagem multinível de KirkPatrick (1998), já abordada no decurso deste relatório.

Etapa 3 – Momento de avaliação. As avaliações EX-ANTE decorrem antes da formação e pretendem avaliar os resultados dos diagnósticos de necessidades de competências, as características da proposta formativa e o perfil de entrada dos participantes. As avaliações ON-GOING, que decorrem durante a formação, pretendem avaliar as reações (expetativas dos participantes, desempenho dos formadores, conteúdos, organização da formação, métodos pedagógicos, documentação e recursos, etc.) e as aprendizagens (aquisição e desenvolvimento de competências dos participantes). A avaliação EX-POST, executada após a formação (na altura do regresso ao

trabalho), pretende avaliar os comportamentos e resultados de cada indivíduo (mudanças verificadas nos comportamentos, resultados decorrentes da alteração de comportamentos, aplicação de desenvolvimento de competências e necessidade de aquisição de novas competências). Pretende também avaliar o impacto nos indicadores da organização (através da avaliação dos resultados, como seja o impacto dos desempenhos individuais e coletivos nos resultados da organização, o custo-benefício e o retorno do investimento). Por fim pretende avaliar o impacto ao nível das comunidades, regiões ou países.

Etapa 4 – Fontes de informação. Procura definir responsabilidades de quem planeia e de quem executa a ação.

Etapa 5 – Base da avaliação. Reflexão sobre o quadro de referência do processo avaliativo, que permitirá, numa fase posterior, aferir o valor acrescentado da formação.

Etapa 6 – Métodos e técnicas de avaliação. Antes da formação (através de grelhas de análise que caracterizem os contextos de partida ou entrevistas aos formandos). Durante a formação (técnicas de verificação da qualidade dos processos, tais como questionários, grupos de discussão, entrevistas, etc. e técnicas de verificação de aquisição e desenvolvimento de aprendizagens nos formandos, através de testes, observações, videoscopias, jogos, etc.). Após a formação (técnicas de verificação de transferência de aprendizagens para os contextos de trabalho, seja aquando o regresso dos indivíduos ao local de trabalho ou no impacto dos indicadores na organização). Por fim a um nível mais abrangente a avaliação do impacto ao nível das comunidades, regiões ou país.

Etapa 7 – Divulgação pelos atores interessados nos resultados, fazendo chegar os resultados produzidos aos seus destinatários, garantindo que as informações facultadas são efetivamente úteis.

Pretende-se com este modelo, dar uma ajuda à reflexão, de onde possam surgir propostas formativas de elevado valor. O seu enfoque sistemático será um garante na coerência e robustez internas que levam a propostas formativas tecnicamente bem fundamentadas e por outro lado, o enfoque sistémico proporciona uma possibilidade de responder de forma dinâmica às principais necessidades do público “compatibilizando-as com as condicionantes dos contextos de trabalho e de aprendizagem e com as exigências normativas dos sistemas de reconhecimento, validação e certificação” (IQF, 2004, p. 25).

5. Caraterização da organização e serviço onde se desenvolve o trabalho de projeto

O trabalho de projeto desenvolveu-se no Hospital de Egas Moniz (HEM). Este encontra-se inserido no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) desde 29 de dezembro de 2005, em conjunto com o Hospital de São Francisco Xavier e Hospital de Santa Cruz, todos eles com uma história individual que conta com algumas décadas de funcionamento. O CHLO tem estatuto de Entidade Pública Empresarial (EPE), encontrando-se enquadrados no Setor Empresarial do Estado.

A história do HEM remonta ao Século XX, tendo sido criado pela Carta de Lei do Rei D. Carlos I, de 24 de abril de 1902, sob a proteção do Ministério das Colónias com o nome de Hospital Colonial de Lisboa. Prestava essencialmente cuidados de Saúde a civis e militares regressados do Ultramar com doenças infecciosas. Em 1948, e em consequência da mudança do nome do Ministério, toma o nome de Hospital do Ultramar, tendo sido aumentado e criados serviços de apoio tais como radiologia, análises clínicas e serviço de cirurgia.

É já em 1975, com a extinção do Ministério do Ultramar e passando para a dependência do Ministério dos Assuntos Sociais que é nomeado Hospital de Egas Moniz, pois nesse ano decorria o centenário do Professor Egas Moniz. Em 2002 é transformado em Sociedade Anónima, de capital exclusivamente público (Hospital de Egas Moniz, S.A.) e é então em 2005 que recebe a nomenclatura de hoje: Hospital de Egas Moniz, E.P.E. e fica inserido no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

De acordo com o *site* do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, o Hospital de Egas Moniz, inserido nesse centro Hospitalar tem como missão

“a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas.

O CHLO desenvolve ainda actividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino-aprendizagem no domínio da saúde, sem prejuízo da celebração de contratos para efeitos de organização interna, repartição de investimento e compensação dos encargos que forem estipulados.”¹⁾

Ainda de acordo com a mesma fonte, o HEM, no decurso da sua atividade, rege-se por alguns princípios e valores, descritos de seguida

- “- Humanização e não discriminação;
- Respeito pela dignidade individual de cada doente;
- Promoção da saúde na comunidade;

¹⁾ (In <http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/missao-visao-e-valores>)

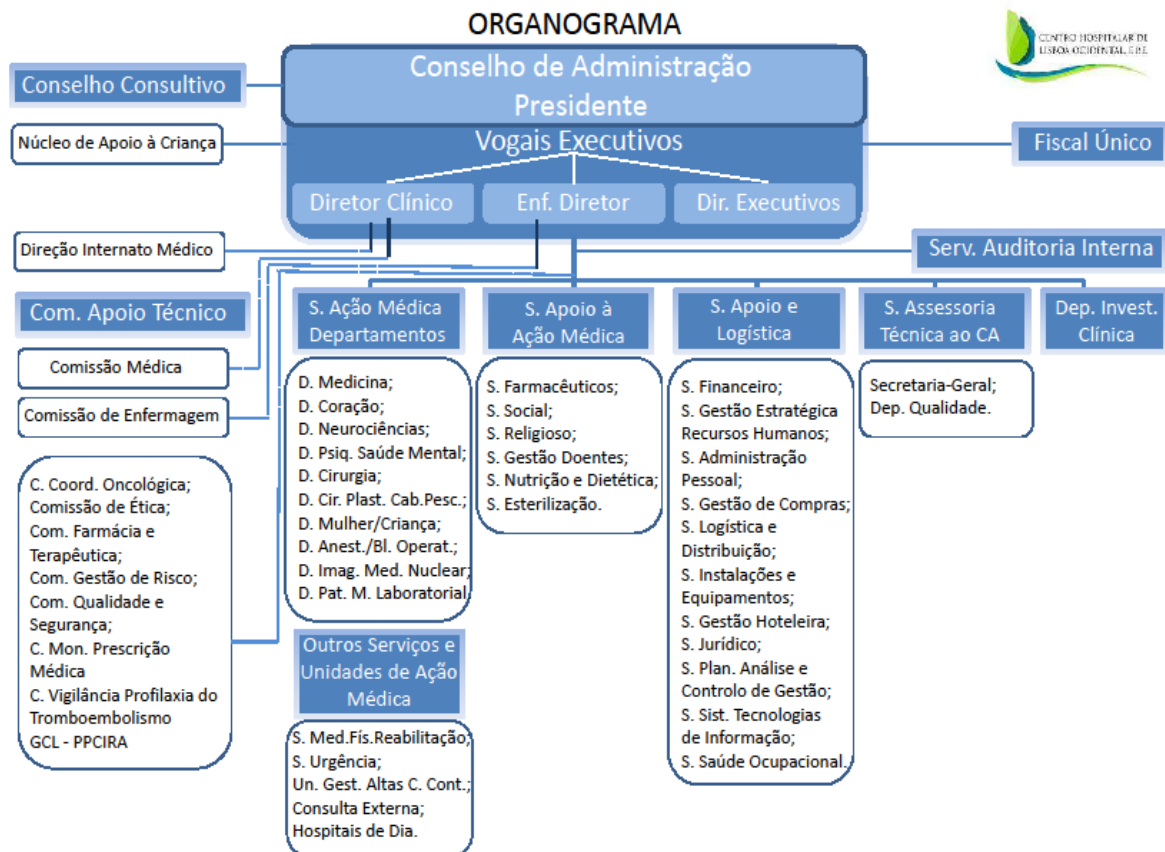
- Actualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- Excelência técnico profissional;
- Ética profissional;
- Promoção da multidisciplinaridade;
- Respeito pelo ambiente.”²⁾

Na sua execução pauta-se pela prossecução dos seguintes objetivos de natureza estratégica:

- “- Prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno;
- Aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável;
- Desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde;
- Implementação de projectos de prestação de cuidados de saúde em ambatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;
- Promoção da investigação e da formação profissional.”³⁾

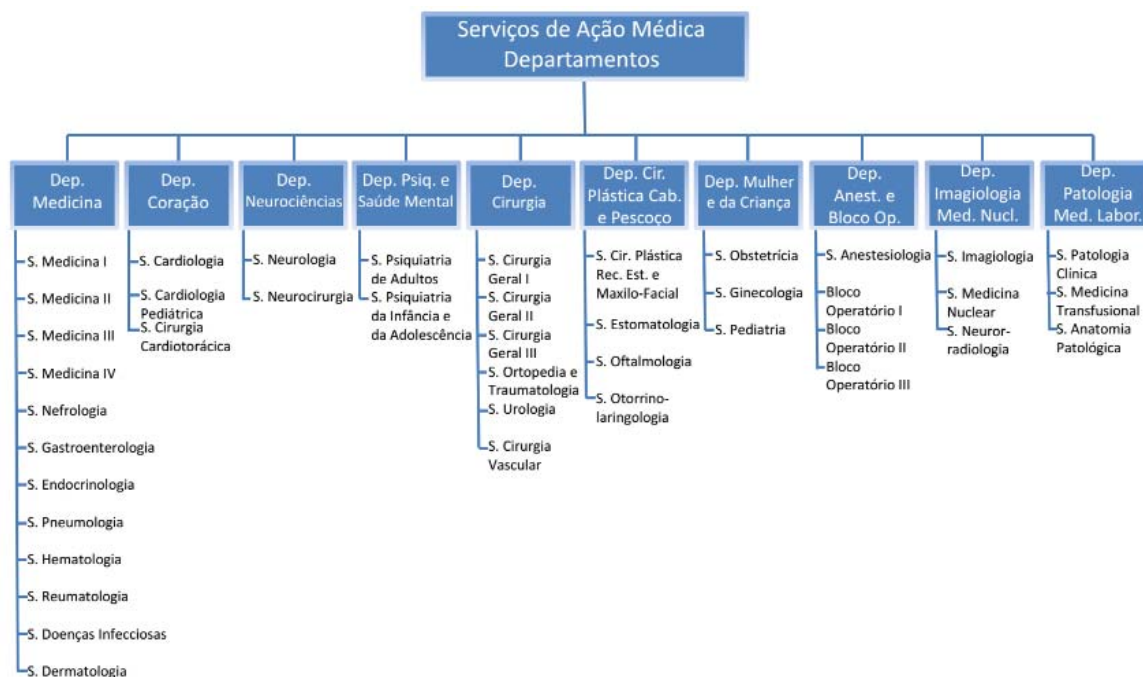
O seu organograma pode ser visualizado na figura 9 onde se pode compreender um pouco da sua dimensão e complexidade.

Figura 4 - Organograma do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental



²⁾ (In <http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/missao-visao-e-valores>)

³⁾ (In <http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/missao-visao-e-valores>)



4)

5.1. Procedimentos metodológicos usados na caracterização da organização e do serviço

Para proceder à caracterização do serviço - Bloco Operatório Central – que serviu de acolhimento ao trabalho de projeto com criação de um dispositivo de formação, recorri à pesquisa arquivística e à observação não estruturada, consideradas por Afonso (2014) duas das técnicas de recolha de dados mais frequentemente utilizadas.

Para Afonso a “pesquisa arquivística consiste na utilização de informação existente em documentos anteriormente elaborados, com o objetivo de obter dados relevantes para responder às questões de investigação” (Afonso, 2014, p. 93). Esta técnica tem algumas vantagens como seja o facto de poder consultar documentos já criados e para outros fins diferentes deste de forma a não criar interferências. Recorri neste tipo de pesquisa a diferentes tipos de documentos, nomeadamente:

- Documentos oficiais, tais como arquivos do Serviço Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, publicações oficiais do Estado (Diários da República), registos estatísticos (Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde);
- Documentos públicos, tais como os que se encontram no *site* da instituição;

4) (Fonte: <http://www.chlo.min-saude.pt/index.php/centro-hospitalar/governo-da-sociedade/regulamento-interno>)

- Documentação privada, nomeadamente os Manuais da Direção dos Serviços de Enfermagem, Manual de Qualidade do BOC, Manual de procedimentos do BOC, processos individuais de todos os enfermeiros da equipa de enfermagem do BOC.

Outra das formas da recolha de dados foi a observação não estruturada ou observação de campo. Considerei uma observação não estruturada pois não houve necessidade de recorrer à utilização de grelhas ou fichas criadas para o efeito e em função dos objetivos da pesquisa. No entanto, a observação acaba por ser estruturada no sentido em que surgiu a partir da necessidade de caracterizar a organização – Hospital de Egas Moniz – e o serviço – Bloco Operatório Central – nela inserido. Segundo Afonso (2014, p. 98) a “observação é uma técnica de recolha de dados particularmente útil e fidedigna, na medida em que a informação obtida não se encontra condicionada pelas opiniões e pontos de vista dos sujeitos, como acontece nas entrevistas e nos questionários.”. Tendo em conta a forma como as pessoas se relacionam no serviço e na organização e que permite caracterizá-los e às relações entre os seus elementos, pode dizer-se que a observação não estruturada

“é conduzida quando o investigador quer descrever e compreender o modo como as pessoas vivem, trabalham e se relacionam num determinado contexto social (implicando) que o investigador se insira na situação (...) e observe o próprio contexto, os padrões das relações entre as pessoas, o modo como reagem aos eventos que ocorrem...” (Afonso, 2014, p. 48)

Como produto da observação não estruturada foram criadas notas de campo manuscritas que me nortearam na caracterização da organização e do serviço e relações entre os profissionais. A observação não estruturada através de observações diárias, presença em reuniões e conversas informais, permitiu essencialmente perceber o funcionamento da organização e do serviço.

5.2. Modelo organizacional do Hospital de Egas Moniz

O hospital é uma das organizações mais complexas que existem na sociedade, tendo sido alvo de vários estudos a nível de comportamento da organização. Tal como refere Senhoras (2007) o hospital é considerado uma organização complexa com vários processos e atividades que decorrem paralelamente à sua atividade final e que são os cuidados prestados aos utentes.

De acordo com Senhoras (2007), são vários os fatores que permitem distinguir as organizações hospitalares das que operam noutros setores de atividade:

- a) Dificuldade em definir o produto hospitalar e mesmo em mensurá-lo. Os resultados não são facilmente medidos ou padronizados pois dependem da relação profissional / utente;

- b) Existência frequente de dupla autoridade que pode ser geradora de conflitos. Dentro dos próprios serviços clínicos existe uma dupla hierarquia (médica e de enfermagem) independentes mesmo a nível estratégico. Perante esta fragmentação interna, torna-se premente a existência de mecanismos de coordenação que permitem assegurar uma certa coesão do sistema;
- c) Preocupação dos profissionais com a sua profissão e não com a organização. Os objetivos dos profissionais são essencialmente de natureza qualitativa e de curto prazo, existindo diferenças entre as chefias dos dois grandes grupos (médicos e enfermeiros). Os médicos apresentam preocupações de carácter técnico científico e os enfermeiros para além das preocupações de nível técnico, revelam uma vertente humanista relacionada com a qualidade de vida do utente no meio hospitalar;
- d) Trabalho altamente especializado e complexo, dependente de vários grupos profissionais. O trabalho é complexo e compreende grupos profissionais de diferentes formações de base, desenvolvendo-se essencialmente em torno de uma base hierárquica formada por especialistas de várias especialidades médicas, técnicas e administrativas;
- e) Setor essencialmente de trabalho intensivo marcado pelo acentuado dinamismo tecnológico e permanentes avanços científicos;
- f) Muitas das mudanças a nível tecnológico implicam introdução de novos serviços (tais como a neurorradiologia, etc.) implicando a existência de pessoal capacitado para a sua prestação;
- g) A produtividade do trabalho está dependente da combinação e vários grupos profissionais tais como médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, nutricionistas, assistentes operacionais, administrativos...
- h) Aos profissionais de nível superior, tais como os médicos, são atribuídas funções mais complexas tais como a participação em órgãos de gestão e administração hospitalar;
- i) As funções mais simples são executadas pelos grupos de auxiliares, cumprindo as normas de trabalho;
- j) Os avanços da ciência e da tecnologia procuram elevar a produtividade dos processos de trabalho mas estão limitados a alguns procedimentos terapêuticos e de diagnóstico.

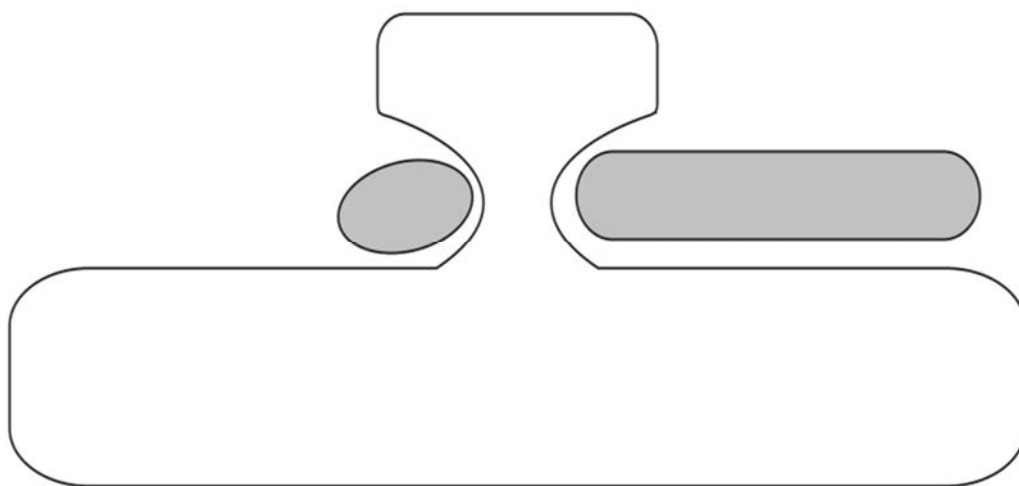
De acordo com a proposta de Mintzberg (1995) a configuração estrutural que melhor se adapta ao Hospital de Egas Moniz é a burocracia profissional, por se apoiar na standardização das qualificações dos profissionais que contrata para prestarem serviços, profissionais que controlam o seu próprio trabalho, desempenhando as suas funções de forma relativamente independente dos seus colegas, mas sempre próximo dos clientes. Tomemos como exemplo o caso dos médicos que tratam cada um dos doentes que lhes estão atribuídos ou até mesmo no caso nos blocos operatórios

em que os cirurgiões, anestesiistas e enfermeiros desempenham cada um as suas funções, praticamente sem terem de comunicar uns com os outros. Esta coordenação parte da standardização das qualificações e dos conhecimentos sabendo cada um o que fazer e o que esperar dos outros profissionais.

O hospital apoia-se nas competências e nos conhecimentos dos seus profissionais, que formando o centro operacional “exercem uma pressão no sentido da profissionalização, isto é, apoiam-se na formação profissional externa para realçar as suas condições” (Mintzberg, 1995, p. 331). Ao trabalharem de forma relativamente autónoma, procurando minimizar a influência dos gestores e dos analistas, promovem uma descentralização vertical e horizontal.

Como se pode visualizar na figura 11 e comprovar com o organograma da instituição acima apresentado, a estrutura hospitalar é “achatada com uma linha hierárquica estreita, uma pequeníssima tecnoestrutura e um pessoal de apoio muito desenvolvido” (Mintzberg, 1995, p. 386). O pessoal de apoio tem essencialmente a missão de apoiar o centro operacional, pois como os profissionais contratados auferem elevados ordenados, faz sentido que as funções que desempenham sejam as mais especializadas e os trabalhos rotineiros que possam ser formalizados, sejam executados por outros.

Figura 10- Burocracia profissional



(Mintzberg, 1995, p. 386)

Procurando caraterizar a instituição – Hospital de Egas Moniz, e tendo sempre por base Mintzberg (1995), serão abordadas os diversos parâmetros e fatores da estrutura e dinâmica da organização hospitalar.

O seu principal mecanismo de coordenação é a standardização das qualificações. Por ser uma organização que contrata essencialmente profissionais, as suas qualificações e conhecimentos estão

à partida especificados de acordo com as funções que irão desempenhar, tendo eles próprios o controlo e coordenação do seu próprio trabalho. Os principais grupos profissionais existentes nos hospitais são os médicos, enfermeiros e os técnicos de saúde (análises clínicas, radiologia, fisioterapia, farmácia, ...).

No entanto, e tal como nos diz Mintzberg (1995, p. 26) “seja qual for o grau de standardização, há sempre necessidade de um mínimo de supervisão e de ajustamento mútuo”, pois trabalha-se com máquinas que não são infalíveis, com profissionais sujeitos a imprevistos e a terem que se ausentar dos serviços e para os doentes, podendo haver necessidade de reajustes de última hora. São esses profissionais que compõe o centro operacional e formam a componente chave da organização.

Quanto ao modo de funcionamento da organização, esta possui um vértice estratégico com ligação com o exterior, em que os gestores que se encontram no topo da hierarquia (Administradores que compõe o Conselho de Administração) têm poder de resolução de conflitos. A linha hierárquica composta pelos gestores que se encontram abaixo (Diretores e Chefes de serviço) e que liga o vértice estratégico ao centro operacional (onde se encontram os grandes grupos profissionais que trabalham diretamente com os utentes) é controlada pelos profissionais muito através de mecanismos de coordenação por ajustamento mútuo, isto é, coordenam o trabalho pelo simples processo de comunicação informal. Essa comunicação informal pode ser concebida de várias formas, ou por contacto direto entre pares (colegas que comunicam diretamente entre eles, sem passar pelo seu superior hierárquico comum), por contacto diagonal direto (em que determinado indivíduo comunica diretamente com o subordinado de um colega de um nível inferior da hierarquia) ou por curto-circuito da linha hierárquica (quando na tentativa de eliminar possíveis destorceres da mensagem por terceiros, um superior comunica diretamente com um dos seus subordinados passando ao largo do gestor).

Quanto à tecnoestrutura onde se encontram os “analistas que standardizam o trabalho dos outros, além de aplicarem as técnicas analíticas que permitem que a organização se adapte ao seu ambiente” (Mintzberg, 1995, pág. 39), está muito pouco presente, pois como já vimos anteriormente, estamos na presença de vários grupos profissionais com muita autonomia individual que prestam um trabalho qualificado e standardizado. As funções de apoio surgem para apoiar os profissionais do centro operacional.

Relativamente à organização como um sistema de fluxos, pode dizer-se que tanto o fluxo de autoridade como o sistema de fluxos reguladores são insignificantes (exceto nas funções de apoio que por funcionarem como burocracias mecanicistas, têm sistemas de fluxo em todos os pontos). Na administração, existe um significativo fluxo de comunicação informal e algumas constelações de

trabalho, isto é, grupos de pessoas que trabalham em contacto próximo e que partilham interesses entre si, cabendo-lhes a responsabilidade de determinadas áreas de decisão dentro da organização, tendo estas constelações fortes agregações internas, mas fracas agregações com o resto da organização. O fluxo de decisões dá-se no sentido ascendente, partindo da base da hierarquia a vontade expressa de atuar que caracteriza a tomada de decisão.

No que se refere aos parâmetros de conceção dos postos de trabalho, podem ser abordados de três formas:

- a) Especialização dos postos de trabalho. Tal como na maioria das organizações, o Hospital Egas Moniz tem uma especialização horizontal importante. Ao aumentar a repetição do trabalho, acaba por facilitar a sua standardização e por se produzirem resultados mais uniformes e eficientes. Por outro lado, esta especialização horizontal concentra a atenção dos trabalhadores facilitando a sua aprendizagem.
- b) Formalização do comportamento, que “representa a maneira como a organização prescreve a margem de manobra dos seus membros” (Mintzberg, 1995, p. 105). No caso do HEM há pouca formalização seja ela ligada ao posto de trabalho, ao fluxo de trabalho ou pelas regras, que tal como foi referido anteriormente, por se trabalhar com profissionais com grande autonomia e para utentes diferentes caso a caso, não há grande regulação do comportamento das pessoas.
- c) Formação e socialização como requisitos essenciais para que o posto de trabalho seja mantido. Como refere Mintzberg (1995, p. 119) “A formação é constituída pelos processos através dos quais se transmitem os conhecimentos e as competências relacionadas com o trabalho, ao passo que a socialização é o processo pelo qual se adquirem as normas da organização”, devendo o indivíduo interiorizar os comportamentos standardizados antes de começar a trabalhar. No caso do trabalho em meio hospitalar, como se trata essencialmente de trabalho baseado em conhecimentos e em competências de elevada complexidade o tempo de aprendizagem é longo e imprescindível. Os profissionais formam-se em instituições externas às organizações (que poderão ser universidades, institutos politécnicos, etc.), formação essa muito longa que pode durar anos até que possam começar a desempenhar as suas funções. Quando os profissionais “deram provas suficientes de que adquiriram os conhecimentos e as competências exigidas – são devidamente certificados pela associação profissional que rege o tipo de trabalho em questão, e só depois são contratados pela instituição” (Mintzberg, 1995, p. 121). No entanto, a instituição que profissionaliza a pessoa não consegue formar o profissional com todas as competências e conhecimentos necessários, sendo essencial o período de aprendizagem no trabalho antes que seja

considerado completamente formado (como é o caso dos estágios dos médicos e enfermeiros). De acordo com Schein (1968, cit. in. Mintzberg 1995, p. 121) a socialização, muito associada à cultura da organização “refere-se ao processo pelo qual um novo membro aprende o sistema de valores, as normas, e os comportamentos da sociedade ou do grupo em que acaba de entrar”, desenrolando-se muitas das vezes de forma informal, por vezes por grupos informais, numa instituição que procura socializar formalmente os profissionais em prol do seu próprio benefício. O hospital recorre preferencialmente à formação profissional para coordenar a maioria do trabalho operacional, embora as regras não sejam dispensadas. O hospital é uma estrutura burocrática que se apoia muito na formação e na socialização.

De forma a conhecer quem é que ocupa cada lugar dentro da organização, o agrupamento em unidades, no caso hospitalar falar em serviços (sejam de internamento, consultas, unidades de cuidados intensivos, blocos operatórios) torna-se essencial. O agrupamento encoraja o ajustamento mútuo ao serem partilhados espaços físicos comuns encorajando também a comunicação informal entre os diversos membros da organização.

Na organização hospitalar este tipo de agrupamento faz-se essencialmente por função, seja pelos seus conhecimentos, pelas suas competências ou funções, incentivando deste modo à especialização. Desta forma surgem os diversos serviços hospitalares como a Medicina (com algumas especialidades médicas como a Pneumologia a Cardiologia, a Neurologia, etc.) a Cirurgia (e dentro desta as diversas especialidades cirúrgicas como sejam a Cirurgia Plástica, Urologia, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia (ORL), etc.) e outro tipo de departamentos como o de investigação, etc. Com este tipo de agrupamento por função podem surgir alguns problemas como seja o concentrar as atenções dos diversos membros nos seus próprios meios, restringindo a perspectiva de conjunto, de organização no seu todo e com os seus fins. De forma a tentar colmatar este tipo de problema, outra das formas de agrupamento muito utilizada nas organizações hospitalares é o agrupamento por mercado que procura quebrar as barreiras entre os especialistas aproximando os profissionais. Há uns anos, no Hospital de Egas Moniz havia um Bloco Operatório de Neurocirurgia, um de Oftalmologia, um de ORL e um Bloco Operatório Central com as restantes especialidades cirúrgicas. Neste momento, têm vindo a ser agrupados todos num bloco operatório central. Estavam agrupados por função (dentro de cada especialidade) e neste momento encontram-se agrupados por mercado (o doente cirúrgico). O facto de por exemplo os materiais necessários estarem todos armazenados num armazém único, não tendo de se andar a solicitar de forma urgente entre blocos operatórios (que consumia tempo e recursos) cada vez que o doente precisa de mais

algum tipo de intervenção que fuja um pouco à sua especialidade base, facilita o trabalho tornando-o mais eficiente.

A estrutura hospitalar apresenta uma forma essencialmente achatada, com um reduzido número de níveis hierárquicos e um elevado número de grupos por nível, característico de uma organização com uma elevada standardização como forma de coordenação das atividades, pois “quanto mais bem qualificados forem os empregados, menos necessidade têm de supervisão; por conseguinte, maior se torna a dimensão das unidades” (Mintzberg, 1995, p. 164). Desta forma, e de acordo com Mintzberg (1995) a dimensão das unidades criadas na organização depende da standardização das qualificações, da semelhança de tarefas desempenhadas em cada unidade, da necessidade de autonomia bem como da realização pessoal dos diversos membros das unidades e da importância da redução de informações distorcidas quer no sentido ascendente quer no descendente da hierarquia.

O Hospital Egas Moniz, tal como as restantes organizações hospitalares, apresenta poucos sistemas de planeamento (que pretendem definir um resultado ou padrão a atingir) e controlo (pretendem regular os resultados de uma unidade, perceber se o padrão foi ou não realizado). Esses sistemas são inseparáveis e são essencialmente definidos pela tecnoestrutura, que tal como já foi referido está muito pouco presente na burocracia profissional pela presença de profissionais com elevada autonomia individual, prestadores de trabalho qualificado e standardizado.

No Hospital de Egas Moniz, a tomada de decisão é descentralizada, encontrando-se o poder disperso por várias pessoas dentro da organização, essencialmente porque não é possível todas as decisões serem tomadas por uma só pessoa. Passa não só pelos responsáveis de equipa, pelos elementos de coordenação dos serviços, pelos chefes e diretores de cada serviço, mas essencialmente pelas decisões definidas pelo conselho de administração. Tal como afirma Mintzberg (1995, p. 227) “nas organizações que recorrem a conhecimentos muito especializados, particularmente quando certas decisões são de natureza altamente técnica, certos especialistas atingem um poder informal considerável”. O bloco operatório central do Hospital de Egas Moniz tem como Diretor de serviço um cirurgião que é quem tem a última palavra na decisão de como atuar caso surjam dúvidas. No entanto, a Enfermeira Chefe, as Enfermeiras coordenadoras ou o responsável de equipa se souber também o pode fazer. O bloco operatório surge como exemplo, mas podia ter nomeado qualquer outro serviço dentro da unidade hospitalar.

Como se trata de uma burocracia profissional, a descentralização ocorre nas suas duas dimensões: horizontal e vertical. Relativamente à descentralização horizontal, há uma passagem do processo de decisão para fora da linha hierárquica, em que quem toma as decisões não ocupa

nenhum lugar de chefia (como é o caso dos enfermeiros responsáveis de equipa que diariamente têm que tomar decisões), podendo residir em qualquer parte da estrutura. O poder passa dos gestores para os não gestores, entrando na esfera do poder informal. Quanto à descentralização vertical, há uma delegação de poder no sentido descendente da linha hierárquica, e por conseguinte, da cadeia de autoridade (não são os administradores nem os diretores de serviço que diariamente tomam determinadas decisões mas sim os enfermeiros coordenadores ou o enfermeiro Chefe do serviço). A organização hospitalar está fortemente descentralizada, residindo o poder essencialmente na base da hierarquia - o centro operacional. É através da formação e da socialização que se desenvolve “a «especialização» no sentido descendente da linha hierárquica, descentralizando, assim, a estrutura em ambas as dimensões” (Mintzberg, 1995, p. 240).

Por último, e no que diz respeito aos fatores de contingência, relativamente ao ambiente, o Hospital de Egas Moniz é uma instituição estável e complexa. É estável pois o trabalho a executar é previsível. Tem alguns fatores de instabilidade que atuam sobre a instituição, como sejam alguns acontecimentos económicos imprevisíveis, a saída de profissionais e a impossibilidade de novas contratações, etc. Quanto mais estável é a organização, mais previsíveis são as suas condições futuras, o que permite como que isolar o seu centro operacional e estandardizar as suas atividades e qualificações. É uma organização complexa pois exige que os funcionários possuam conhecimentos vastos e especializados sobre os seus clientes. A organização é tanto mais descentralizada quanto mais complexo for o seu ambiente. Relativamente à sua idade e dimensão, e tendo em conta que o HEM é, como já foi referido, uma instituição centenária, de dimensão média, de acordo com o que nos diz Faria e Madeira (2011, P. 112) relativamente a esses dois fatores:

“quanto mais idosa é uma organização, mais formalizado é o seu comportamento; a estrutura reflete a idade do seu setor de atividade; quanto maior é a organização, mais elaborada é a sua estrutura; quanto maior for a organização, maior é a dimensão média de cada unidade; e quanto maior é a organização, mais formalizado é o seu comportamento.”

O poder é controlado pelos profissionais do seu centro operacional e a moda tem um papel de elevada importância na construção da estrutura da organização. Todas as organizações hospitalares se estruturam de forma semelhante.

No quadro 8 poderão ver-se de forma resumida as principais características da estrutura e dinâmica da organização hospitalar com a configuração de burocracia profissional.

Quadro 8 - Características da burocracia profissional

Burocracia Profissional	
1. Principal mecanismo de coordenação	Estandarização das qualificações
2. Componente chave da organização	Centro operacional
3. Funcionamento	
3.1. Vértice estratégico	Ligação com o exterior, resolução dos conflitos
3.2. Centro operacional	Trabalho qualificado, estandardizado e muita autonomia individual
3.3. Linha hierárquica	Controlada pelos profissionais muito ajustamento mútuo
3.4. Tecnoestrutura	Pouca
3.5. Funções de apoio	Elaboradas para apoiar os profissionais
3.6. Fluxo de autoridade	Insignificante (excepto nas funções de apoio)
3.7. Sistema de fluxos reguladores	Insignificante (excepto nas funções de apoio)
3.8. Fluxo de comunicação informal	Significativo na administração
3.9. Constelações de trabalho	Algumas na administração
3.10. Fluxo das decisões	No sentido ascendente
4. Parâmetros de conceção	
4.1. Especialização dos postos de trabalho	Especialização horizontal importante
4.2. Formalização do comportamento	Pouca formalização; forma burocrática da estrutura
4.3. Formação e socialização	Muita formação e socialização
4.4. Forma de agrupamento	Por função e por mercado
4.5. Dimensão das unidades	Grande na base e pequena noutros pontos
4.6. Sistemas de planeamento e de controlo	Pouco planeamento e controlo
4.7. Mecanismos de ligação	Mecanismos de ligação na administração
4.8. Descentralização	Horizontal e vertical
5. Fatores de contingência	
5.1. Idade e dimensão	Instituição centenária; nem regulador nem sofisticado
5.2. Ambiente	Complexo e estável
5.3. Poder	Controlado pelos operacionais profissionais; estrutura na moda

(Fonte: a própria baseada em Mintzberg, 1995, p. 492-493)

A jeito de resumo, e de acordo com o que nos diz Mintzberg (1995, p. 396) a Burocracia

Profissional existe

“sempre que o centro operacional de uma organização seja dominado pelos operacionais qualificados – os profissionais – que utilizam procedimentos que são difíceis de aprender, mas que são, não obstante, bem definidos. Isto corresponde a um ambiente que é ao mesmo tempo complexo e estável – suficientemente complexo para exigir a utilização de procedimentos que exigem anos de formação formal, contudo suficientemente estáveis para que estas competências possam ser bem definidas e, de facto, estandardizadas.”,

sendo o ambiente um dos fatores de contingências principais para a existência deste tipo de organizações. Para Mintzberg, os profissionais sentem-se realizados, são responsáveis e estão motivados pois podem prestar cuidados aos seus clientes da forma que consideram mais apropriada, estando apenas submetidos às normas profissionais que os regem, “a autonomia permite que os profissionais aperfeiçoem as suas competências, livres de interferências” (Mintzberg, 1995, p. 401).

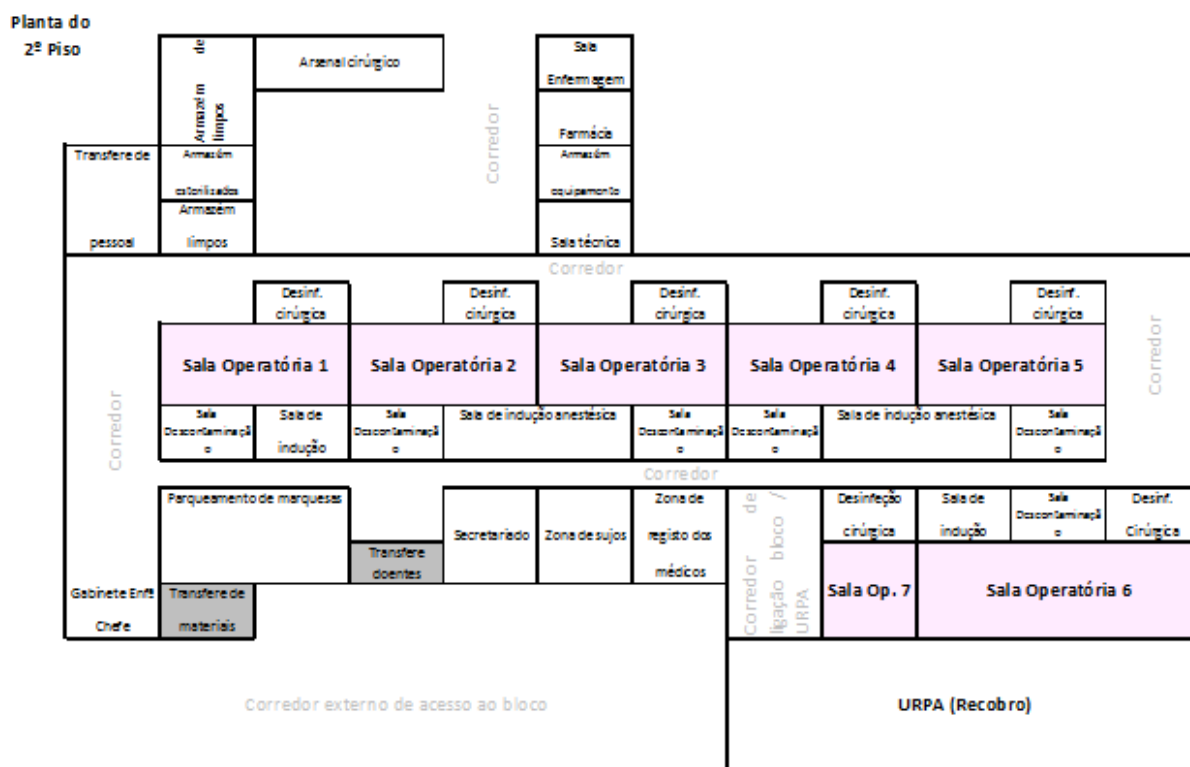
5.3. Caraterização do Bloco Operatório Central

O Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz iniciou as suas funções no ano de 1996. Indo ao encontro da missão dos serviços de enfermagem, o BOC tem como sua principal missão a prestação de cuidados de saúde de forma humanizada, com elevada qualidade envolvendo utentes, famílias e comunidade.

É um serviço que se encontra localizado numa área isolada do Hospital, junto à Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (que recebe maioritariamente doentes provenientes do bloco) e que está acessível aos restantes serviços com que contacta diariamente tais como a central de esterilização, os internamentos, o serviço de anatomia patológica, o armazém, a farmácia, o serviço de radiologia, o laboratório, etc. Assim, é evitada a circulação de pessoal, utentes e material alheios ao bloco operatório.

Na sua estrutura é composto por dois pisos. No piso 1 encontram-se os vestiários feminino e masculino e os respetivos sanitários independentes, bem como sala de pausa, copa e sala de refeições. No piso 2 as salas operatórias, arsenais de material, gabinetes e Unidade de Recuperação Pós Anestésica.

Figura 11 - Planta do 2º Piso do Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz



(Fonte: a própria)

São sete as valências cirúrgicas que operam doentes no BOC, nomeadamente a Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia, Urologia, Cirurgia Vascular e Cirurgia Torácica (muito recente, desde Novembro 2017), tanto na cirurgia programada quanto na urgência.

Diariamente, e salvo algumas exceções, funcionam as sete salas no período entre as 8h e as 15:30h e existe um planeamento mensal de quais as salas que prolongam as cirurgias das 15:30h às 19:30h, sendo estes períodos assegurados maioritariamente pela equipa de enfermeiros de horário fixo que fazem manhãs (das 8h às 16h), horário intermédio (entre as 12h e as 20h) e horário de prolongamento (das 8h às 20h). A equipa de urgência (em horário de roulement e turnos rotativos de manhãs (8h – 16h), tardes (15:30h – 23h) e noites (22:30h – 8:30h)) assegura a prestação de cuidados urgentes (apenas urgência interna) 24 horas por dia, 365 dias por ano.

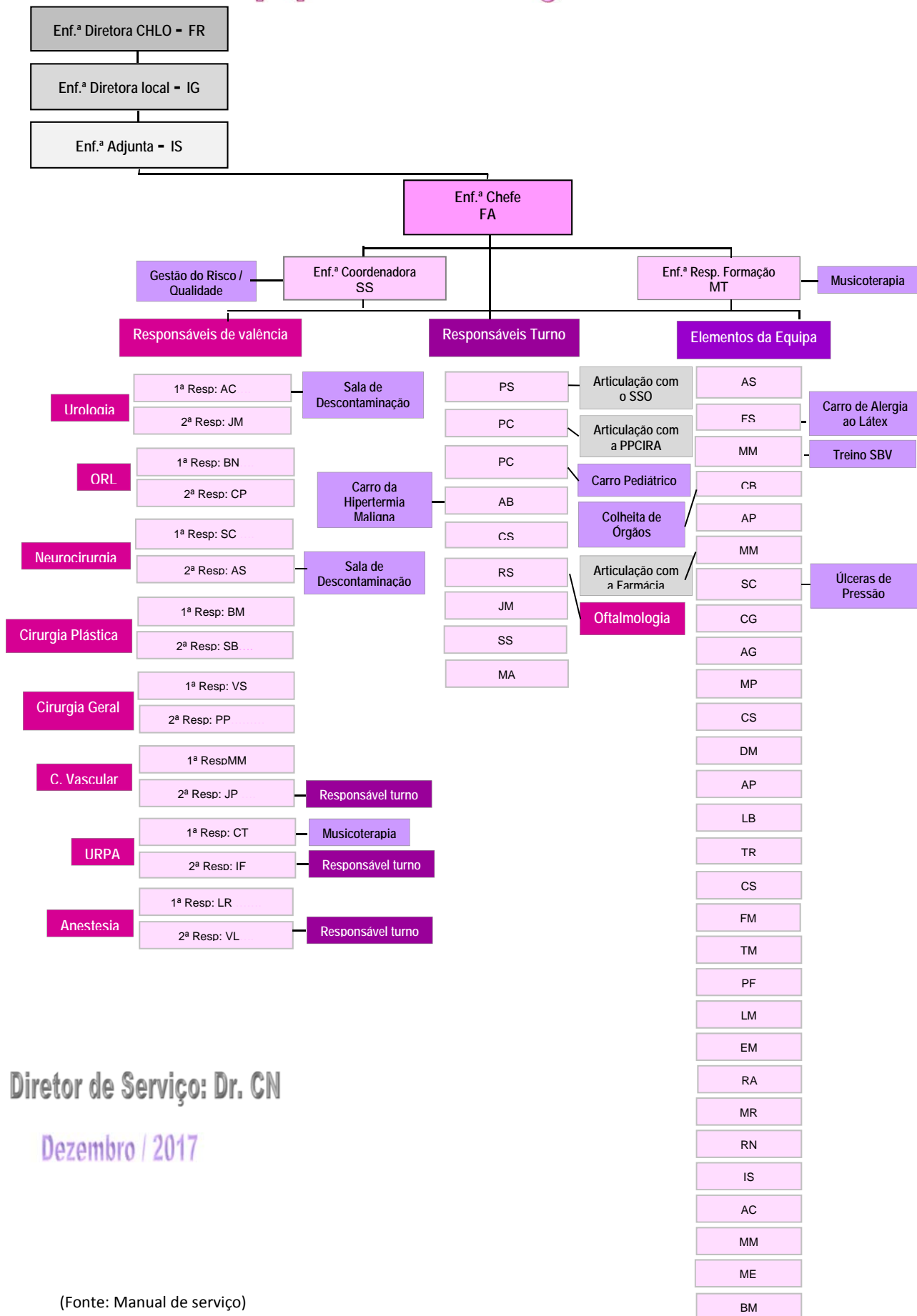
Neste momento, o BOC conta com uma equipa de 57 enfermeiros (incluindo a equipa de gestão composta pela Enf.ª Chefe, a coordenadora e a responsável pela formação), cumprindo horários de 40h semanais (contratos individuais de trabalho) ou 35h (contrato de trabalho em funções públicas) consoante o tipo de contrato com a instituição, à exceção de um elemento com horário de 20h semanais (em regime de prestação de serviços a aguardar autorização para abertura de concurso por parte do Ministério da Saúde).

Os organogramas surgem como consequência dos agrupamentos e permitem conhecer “quem é que ocupa determinado posto de trabalho dentro da organização” (Mintzberg, 1995, p. 129).

No organograma da figura 12 pode verificar-se a existência desses elementos e as diferentes responsabilidades atribuídas.

Figura 5 - Organograma da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz

Equipa de Enfermagem do BOC



Diretor de Serviço: Dr. CN

Dezembro / 2017

(Fonte: Manual de serviço)

Com o organograma do Bloco Operatório Central referente à equipa de enfermagem, pretendo dar a conhecer a estrutura do serviço, as relações hierárquicas existentes e os cargos que cada elemento ocupa.

Como se pode verificar, no topo da hierarquia encontra-se a Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, seguida da Enfermeira Diretora local, do Hospital de Egas Moniz, a Enfermeira Adjunta da área cirúrgica, e a Enfermeira Chefe do Serviço (Bloco Operatório Central). Para além da Enfermeira Chefe, a equipa de gestão é composta por mais dois elementos que se encontram hierarquicamente no nível imediatamente inferior e que são a enfermeira coordenadora e a responsável pela formação em serviço.

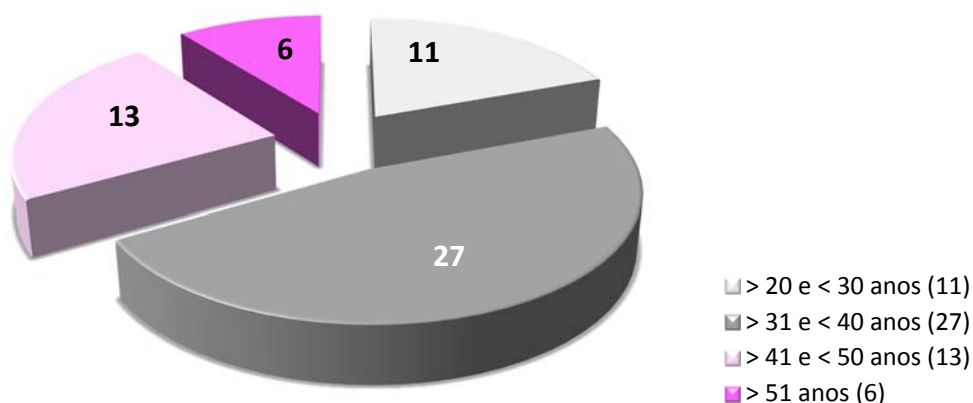
Em posição hierárquica inferior encontram-se os restantes 54 elementos que compõe a equipa de enfermagem do BOC, muitos deles com diferentes cargos de responsabilidade. Surgem os responsáveis pelas valências cirúrgicas existentes (1º e 2º responsáveis), os responsáveis de turno (enfermeiros que pertencem à equipa de roulement) bem como os responsáveis por várias áreas e projetos (tais como a área da qualidade, da gestão do risco, da cirurgia pediátrica, da hipertermia maligna, do Suporte Básico de Vida, da alergia ao látex, da prevenção das úlceras de pressão, da descontaminação e os projetos da musicoterapia e da colheita de órgãos). Para além disso estão também identificados os enfermeiros definidos como elos de ligação entre o BOC e outros serviços hospitalares tais como o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO), o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e a Farmácia.

Desta forma encontram-se representados todos os elementos que fazem parte da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz. Relembro que este organograma reflete a equipa de enfermagem, havendo apenas referência à existência do Diretor de Serviço (Cirurgião Geral) que não se encontra representado na hierarquia.

No Manual de procedimentos do serviço e Manual da Qualidade existentes no BOC, encontram-se diversos procedimentos referentes às funções que cada enfermeiro com responsabilidade atribuída deverá assumir de acordo com o cargo que lhe foi atribuído pela Enf.ª Chefe do serviço.

Dos 57 elementos a desempenharem funções no serviço em 2017, 50 são do sexo feminino e 7 do sexo masculino. Nesse universo 11 têm menos de 30 anos de idade, 27 têm mais de 31 mas menos de 40 anos, 13 têm mais de 41 anos e menos de 50 anos e 6 enfermeiros mais de 51 anos de idade, como se pode ver na figura 13.

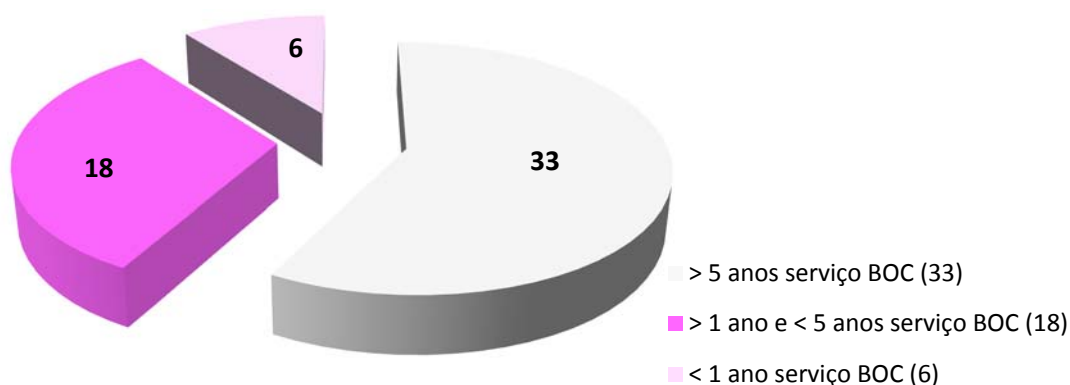
Figura 6 - Distribuição dos enfermeiros do Bloco Operatório Central do HEM por grupo etário



(Fonte: a própria)

Quanto ao tempo de serviço, dos 57 enfermeiros, 33 trabalham há mais de 5 anos no BOC, 18 enfermeiros há um período de tempo superior a 1 ano e inferior a 5 anos e 6 há menos de 1 ano, tal como se pode verificar na figura 14.

Figura 7 - Tempo de serviço dos enfermeiros do Bloco Operatório Central do HEM



(Fonte: a própria)

Dos 57 enfermeiros do serviço, 21 têm um contrato de trabalho em funções públicas, 35 enfermeiros um contrato individual de trabalho (sem termo) e 1 enfermeira encontra-se em prestação de serviços a recibos verdes.

Dos 57 enfermeiros, 1 enfermeiro tem o Bacharelato, 56 são Licenciados, e destes, 4 são especialistas.

O bloco operatório difere de um serviço de internamento por não possuir hierarquia médica própria, sendo a responsabilidade de atuação de cirurgiões e anestesistas assegurada pelas

respetivas direções de serviço. Enquanto setor de mão de obra e tecnologia intensivas, recruta vastos recursos que solicita ao Conselho de Administração e aos serviços de apoio técnico e administrativo. Trata-se assim, de um setor no epicentro do Hospital.

Alguns dos indicadores de gestão trabalhados no serviço e que se encontram no “Plano de atividades de 2017, relatório de 2016,” do BOC, são a taxa de ocupação do BOC e o número de cirurgias efetuadas no decorrer do ano, cancelamento de cirurgias, mobilidade de pessoal, assiduidade e horas extraordinárias, alguns dos quais abordarei de seguida.

Relativamente à taxa de ocupação do Bloco Operatório Central do HEM, isto é, ao número de cirurgias efetuado em cada ano, o movimento assistencial total tem sofrido oscilações, como se pode verificar pelo número de intervenções programadas e de urgência indicado no quadro 9.

Quadro 9 - Número de cirurgias no Bloco Operatório Central do HEM por ano

Nº de Cirurgias	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Programadas	4558	4408	4304	4701	5113	5156	5181	4989	4598	5000	4939
Urgências	435	462	436	531	539	685	660	716	669	721	700
<u>Totais Gerais</u>	4993	4870	4740	5232	5652	5843	5841	5705	5267	5721	5639

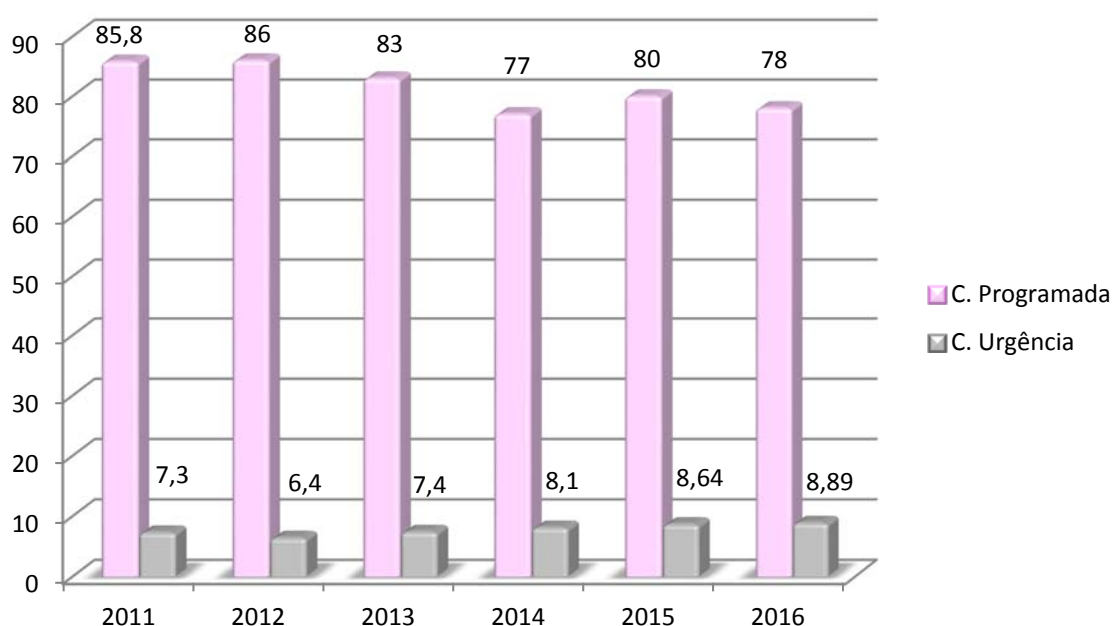
(Fonte: dados do IGIF)

Para além das cirurgias programadas / urgentes voltaram a fazer-se cirurgias do programa adicional (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia - SIGIC) de forma a tentar colmatar as listas de espera cirúrgicas e que já não se faziam desde 2010. Essas cirurgias são opcionais, isto é, os profissionais não são obrigados a fazê-las, os doentes encontram-se em lista de espera para serem operados e os profissionais inscrevem-se de acordo com a sua disponibilidade nos dias programados para as fazer. Se não se conseguir uma equipa cirúrgica completa, a cirurgia não avança e nova data será agendada. Tal facto exige um esforço adicional não só da equipa de gestão do serviço, em termos de programação, como da equipa de enfermagem pois é necessário reunir o *staff* de 3 enfermeiros e 1 assistente operacional extra, seja ao fim de semana ou em dias de semana em horário extra (a partir das 16horas, não podendo os profissionais estar a trabalhar em cirurgias de SIGIC em simultâneo com o horário de turno).

Foram operados 136 doentes de lista de espera em 2015 e 280 em 2016, números que entram para as cirurgias programadas.

O valor médio anual da taxa de utilização das salas operatórias do BOC no ano de 2016 foi de 78% na cirurgia programada e de 8,89% na cirurgia de urgência, correspondendo a um ligeiro aumento relativamente ao ano anterior no caso das cirurgias de urgência. Dado que o número de cirurgias diminuiu, esta percentagem indica que as cirurgias foram em média mais demoradas, muito provavelmente pelo seu grau de complexidade crescente e pelo tipo de patologia cada vez mais agressivo apresentado pelos doentes operados.

Figura 15 - Taxa de utilização das salas operatórias do Bloco Operatório Central



(Fonte: dados do IGIF e BOC)

Tendo em consideração o quadro 14 e no que diz respeito à mobilidade de pessoal, em 2013 o ano terminou com um défice de 2,4 enfermeiros, que se agravou ao longo de 2014, tendo terminado o ano com um défice de 5 enfermeiros. Durante 2014, saíram 5 enfermeiros (a 35h / 40h) e entraram 5 (a 20h). No ano de 2015, saíram 8 enfermeiros e entraram 9 (2 deles a 20h) permanecendo um défice de 4 enfermeiros. Durante o ano de 2016, saíram 2 enfermeiros e outros 2 passaram de um regime de prestação de serviços (20h semanais) para um regime de Contrato Individual de Trabalho (CIT) (40h semanais), terminando o ano com um défice de 4 enfermeiros.

Quadro 2 - Indicadores de mobilidade dos enfermeiros por ano no Bloco Operatório Central do HEM

Ano	Dotação Média	Saídas	Entradas	Índice Rotatividade (%)
2006	61	11	13	19.67
2007	61	9	7	13.11
2008	59	12	10	18.64
2009	59	4	6	8.47
2010	59.5	8	7	12.61
2011	58	4	2	5.17
2012	56.5	5	4	7.89
2013	55	5	3	7.27
2014	54	5	5	9.26
2015	54.5	8	9	15.6
2016	53.5	2	0	1.87

(Fonte: Dados da Direção dos Serviços de Enfermagem)

A grande mobilidade do pessoal da equipa de enfermagem constituiu um fator de instabilidade no serviço, exigindo por parte da equipa um grande esforço quer pelas múltiplas integrações dos novos elementos quer pela necessidade de complementar em horas extraordinárias os horários em falta.

Comparativamente aos anos anteriores verificou-se uma diminuição do índice de rotatividade dos enfermeiros, mas ainda assim, caso pontualmente não se tivessem encerrado salas operatórias, em alguns períodos do ano (também por falta de anestesistas) não teria sido possível assegurar a programação operatória. O facto da substituição dos enfermeiros só ser feita após a sua saída, é muito perturbador para o funcionamento do serviço, dado que a integração no bloco requer um período mínimo de três meses (tempo limite que a Direção de Enfermagem estabelece para que o elemento esteja a não contar, isto é, sempre acompanhado por outro elemento). Muitas das vezes a saída de determinados elementos leva à necessidade de reorganizar o organograma pelos cargos de responsabilidade que tinham, por exemplo enquanto responsáveis de valência.

Segundo a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE), “No Bloco Operatório considera-se a existência das seguintes funções / postos de trabalho: Enfermeira Circulante, Instrumentista e de Anestesia, em cada sala operatória” (OE, regulamento 533/2014, p. 30249), devendo estar obrigatoriamente os três elementos presentes para que se possa iniciar uma cirurgia.

Ainda de acordo com o mesmo cálculo de dotações da OE, “Nas Unidades de Recobro pós-anestésico, devem ser alocados no mínimo 2 (dois) enfermeiros, devendo o rácio, em função da intensidade dos cuidados necessários e das características específicas dos utentes, ser de 1 (um)

enfermeiro por cada 3 a 6 utentes” (OE, regulamento 533/2014, p. 30249), sendo na realidade da URPA do HEM um rácio de 1 enfermeiro para cada 4 doentes (no seu melhor cenário), obrigando a estarem 3 enfermeiros por turno nesta unidade.

Em 2016, e de acordo com as orientações da Direção Geral de Saúde, Ordem dos Enfermeiros e Direção dos Serviços de Enfermagem do HEM, a dotação mínima de enfermeiros no BOC deveria ser de 56 enfermeiros (sendo a dotação média de 53.5 enfermeiros). Podemos concluir que havia um número inferior de enfermeiros (dois enfermeiros a menos que o ideal, para além de que dos 54 enfermeiros do serviço dois deles apenas cumpriam um horário de 20h semanais) o que associado ao facto de praticamente se ter mantido o número de cirurgias (programadas e urgentes), mais um aumento notório de cirurgias adicionais (SIGIC), poderá justificar em parte o elevado índice de rotatividade dos enfermeiros que referem com frequência nas suas avaliações periódicas com a Enf.^a Chefe de serviço elevados níveis de cansaço.

Quadro 3 - Comparação entre os indicadores de assiduidade dos enfermeiros do Bloco Operatório Central do HEM

Ano	Doença/ Junta Médica	Parentalidade	Casamento / Nojo	Greve	Assistência Família	Cump. Obrig. / Perda Vencimento	Acidentes de trabalho	Comissão Gratuita Serviço	ETeh /Sindicato	Total	Taxa Absentismo	Dias de falta/enf	Horas extra.
2010	202	180	28	350	48	---	56	29	23	1239	5.7%	20.8	69.5
2011	245	401	51	35	26	---	32	65	6	875	4.1%	15	33.5
2012	548	229	17	68	23	---	56	33	2	985	4.7%	17	151.5
2013	234.5	283	5	118	11.5	---	20	27	25	724	3.6%	13	122.5
2014	346	1081	35	124	47	---	56	55	4	1748	8.9%	32	403
2015	540	604	4	97	100	11	150	50	3	1559	7.8%	29	215.5
2016	364	483	38	160	20	11	49	64	40	1229	6.3%	21	59

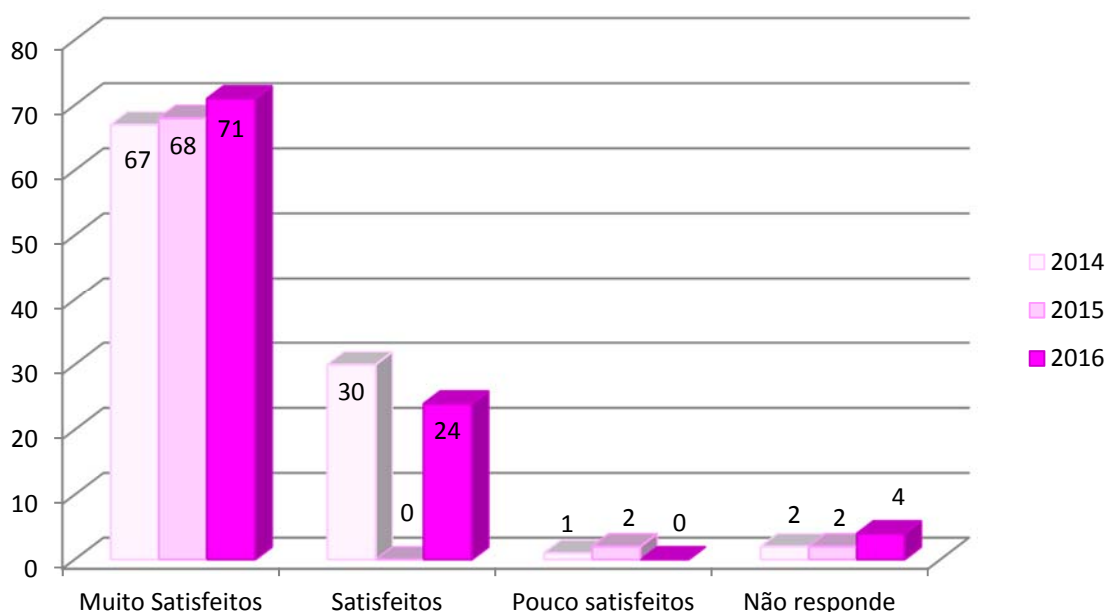
(Fonte: Dados da Direção de Enfermagem)

Pode constatar-se pela análise do quadro 15 que a taxa de absentismo tem vindo a reduzir desde 2014, sendo que o maior número de faltas foi por licença de parentalidade e situações de doença. Face às dificuldades de negociação da carreira de enfermagem bem como à tentativa de usufruírem todos da mesma carga horária (35h) independentemente do tipo de contrato (Contrato de Trabalho em Funções Públicas ou Contrato Individual de Trabalho), o volume de faltas por greve

teve um grande aumento em 2016. Também o número de horas extraordinárias trabalhadas diminuiu, tal como a taxa de absentismo uma vez que estão diretamente associadas bem como pela introdução na escala mensal de um elemento de prevenção. Maioritariamente as horas extraordinárias são pagas em tempo e não em dinheiro, segundo opção dos trabalhadores.

Um dos indicadores de qualidade da prestação de cuidados avaliado é a satisfação dos doentes operados no BOC. Através da aplicação de questionários de satisfação (agregados aos questionários aplicados nos internamentos de origem de cada doente, preenchidos sem a presença dos enfermeiros do BOC, de forma a não interferir nos resultados) temos, num total de 4.6% do universo de doentes operados no BOC, níveis de satisfação que têm vindo a aumentar anualmente, como se pode verificar na figura 15 (entre 2014 e 2016).

Figura 15 - Avaliação da satisfação do doente operado



(Fonte: BOC- avaliação de questionários aplicados no pós-operatório)

O frio, a dor, o ruído nos corredores e recobro e o facto de muitos dos profissionais não andarem corretamente identificados são alguns dos aspetos negativos referidos pelos doentes. Para além destes, alguns problemas de higiene das instalações (saídas de ar condicionado com pó visível acumulado) foram também referidos, estes possivelmente fruto da carência de assistentes operacionais que o BOC tem tido essencialmente nos últimos anos.

Os pontos positivos passam pela simpatia dos profissionais, a forma carinhosa como tratam o doente, o acompanhamento e esclarecimento prestado na altura da execução de determinados procedimentos, a atenção prestada por todos os profissionais e a eficácia no desempenho das

funções, o que vai ao encontro do que Mintzberg refere acerca dos clientes das Burocracias Profissionais “pode ficar descansado, porque sabe que o profissional, que vai servi-lo, vai apoiar-se numa quantidade enorme de experiência e de conhecimento, que aplicará de uma forma aperfeiçoada mas não experimental” (1995, p. 401).

O BOC como serviço inserido numa organização cuja configuração estrutural se assemelha à Burocracia Profissional descrita por Mintzberg e de acordo com o seu organograma, pode também ele ser definido da mesma forma e segundo as características atrás descritas.

No caso específico do Bloco Operatório Central, o trabalho é essencialmente coordenado por standardização das qualificações, tal como referido na caracterização da organização. No entanto, e tal como nos diz Mintzberg (1995, p. 26) “seja qual for o grau de standardização, há sempre necessidade de um mínimo de supervisão e de ajustamento mútuo”.

Assim, no BOC, o trabalho é coordenado através da supervisão direta “mecanismo de coordenação pelo qual um indivíduo se encontra investido de responsabilidade pelo trabalho dos outros” (Mintzberg, 1995, p. 21). Para além de efetuar uma escala mensal dos elementos da equipa de enfermagem, diariamente a Enfermeira Chefe ou quem a substitui (geralmente a enfermeira coordenadora ou a responsável pela formação ambas da equipa de coordenação) distribui todos os elementos escalados no turno pelos diversos postos das salas operatórias e recobro e controla as suas ações. Por exemplo se houver uma urgência para entrar (acontece em quase todas as manhãs de semana) e estiverem a decorrer os programas operatórios de todas as salas, não havendo nenhuma livre, organiza da melhor forma o momento, o local e as pessoas para poder ter início a cirurgia de urgência. Nos turnos da tarde e noite ou de fim de semana em que as enfermeiras da equipa de coordenação não estão presentes, cabe à enfermeira responsável de turno essa organização.

Dentro de cada sala operatória o ajustamento mútuo “realiza a coordenação do trabalho pelo simples processo de comunicação informal” (Mintzberg, 1995, p. 21). Apesar de serem usados outros mecanismos de coordenação, o facto de se conseguirem adaptar uns aos outros, à medida que o trabalho avança, faz com que este flua sem incidentes. Cada enfermeiro sabe o que tem a fazer e quando deve avançar, para além da existência de um responsável de sala que tem como missão a coordenação das atividades cirúrgicas dentro da sala operatória.

Sempre que é necessário fazer alguma mudança inesperada, como interromper um programa operatório quando vem uma emergência, implicando reposicionamento dos enfermeiros nas três funções da sala operatória, preparar todo o material necessário para a cirurgia e anestesia, sempre

de acordo com as áreas de integração de cada enfermeiro, o ajustamento mútuo e a supervisão direta complementam a standardização das qualificações.

Nestes casos e em tantos outros a comunicação correta é fulcral. De acordo com Bilhim (2009, p. 363) a comunicação tem quatro funções primordiais e que são:

- Controla, formal e informalmente, o comportamento dos membros da organização;
- Motiva os colaboradores ao esclarecê-los sobre o que devem fazer, ao dar-lhes *feedback* do grau da sua realização;
- Vai ao encontro das necessidades de afiliação que todo o ser humano tem;
- Fornece a informação necessária à tomada de decisão;”

Sendo a equipa de enfermagem composta por 57 elementos e sabendo que diariamente (nas manhãs de segunda a sexta) trabalham no Bloco Operatório Central cerca de 80 pessoas para além dos alunos e estagiários, técnicos de material e de radiologia, etc. e nem sempre é fácil comunicar corretamente de forma que todos compreendam a mensagem e passem a agir tendo por conta esse conhecimento. Há algumas estratégias que podem ser adotadas de forma a melhorar a comunicação e que acordo com Bilhim (2009, p. 365) são “a criação de empatia; o uso da comunicação não verbal; e a capacidade de ouvir e dar *feedback*” que nem sempre é tarefa fácil tendo em conta que o bloco é um serviço fechado sujeito a elevados níveis de *stress*.

A comunicação organizacional ganha elevada importância e pode ter essencialmente duas formas: informal ou formal. As organizações têm necessidade de criar determinados canais formais pois “se toda a gente pudesse falar com qualquer pessoa sempre que surgisse um problema, o número de mensagens seria infinito” (Bilhim, 2009, p. 366), podendo colocar em risco a coordenação entre os vários departamentos. A comunicação formal pode ganhar várias formas como as políticas da organização, as suas normas e procedimentos, as regras e os regulamentos e a comunicação oral transmitida pelos cargos superiores da hierarquia e que são seguidos pelos profissionais que as interiorizaram através dos processos de socialização nos seus percursos de formação permitindo, assim, a standardização profissional.

De acordo com Bilhim existem 4 fluxos de comunicação formal:

- Descendente, seguindo o padrão de autoridade do topo até à base da estrutura hierárquica; quando o superior dá uma diretiva que pretende seja cumprida, uma informação sobre algum procedimento, o feedback do desempenho dos elementos da equipa que chefia ou a informação de uma meta a atingir. Como é o caso das indicações expressas pela Enfermeira Chefe de como atuar quando há uma emergência ou urgência que não era expectável ou quando dá indicações de quais os elementos que têm de substituir outros no caso de uma sala que terminará fora de horas.

- Ascendente, em sentido inverso quando sobe a escada da hierarquia; por exemplo quando o enfermeiro relata ao seu chefe o que se passou no turno da noite ou quando pede um esclarecimento da forma como funcionará a escala de prevenções.
- Horizontal, quando no mesmo nível hierárquico entre iguais; muito importante como forma de coordenação de tarefas a desempenhar, por exemplo divisão para almoço na sala operatória durante o programa cirúrgico ou dando suporte às necessidades emocionais dos profissionais envolvidos numa reanimação a um doente jovem.
- Lateral, quando entre elementos pertencentes a diferentes níveis hierárquicos; por exemplo se surge a necessidade de pedir determinado material a outro serviço e o enfermeiro do BOC liga para o chefe do outro serviço a solicitar o empréstimo.

Todos os tipos de comunicação formal acima descritos são frequentes no bloco operatório, dependendo da situação que se coloca, não havendo assim um tipo mais frequente.

A comunicação pode transformar-se num dos problemas mais grave que afeta a organização ou o serviço, daí a importância atribuída à temática. Se fosse restringida a comunicação aos seus canais formais, corria-se o risco de a mensagem não chegar a todos os profissionais atempadamente, podendo inclusivamente ser postos em causa alguns objetivos traçados pela organização ou pelo serviço. Numa equipa composta por tantos elementos, como é o caso da equipa de enfermagem do BOC, acabam por ser de vários tipos as formas de comunicação informal e que de acordo com Bilhim (2009, p. 370) podem ser em forma de cordão (pessoa a pessoa), por bisbilhotice (a pessoa que detém a informação passa-a pessoalmente a cada uma das que pertence ao serviço), ao acaso (as pessoas passam a informação sem ter como preocupação quem é o recetor da mensagem) ou por último em cachos (a mensagem é passada apenas a alguns elementos, sem que outros tenham acesso à informação). Também aqui, no caso do BOC todos estes tipos de comunicação informal se processam, dependendo da situação, sendo que a mais comum é a comunicação em forma de cordão.

Sabendo à partida que a comunicação correta e efetiva é de extrema importância no processo de integração dos novos elementos no serviço, e conhecendo a realidade expressa por quem lá trabalha ao referir que há alguns problemas de comunicação que impedem ou dificultam o processo de integração, abordo em seguida as cinco principais barreiras à comunicação, segundo Bilhim (2009, p. 372):

- O “status” do emissor da mensagem. A mensagem ganha outra importância quando transmitida pelo chefe de serviço.

- O “número de ligações”. Quanto mais pessoas têm de passar a informação até chegar ao destino, menor a probabilidade de chegar ao fim sem ter sido alterada pelos vários elementos intermediários.
- A “luta pelo poder na organização”. Se por exemplo cada responsável de valência guardasse para si toda a informação não passando aos segundos elementos, menos eficiente seria a comunicação podendo mesmo não atingir o objetivo proposto.
- A “ameaça económica”. Se o profissional tem um contrato precário (por exemplo tem um contrato de substituição e apenas está ao serviço da organização até que a pessoa que substitui se mantenha de atestado) poderá não comunicar de forma correta.
- A “sobrecarga de informação”. O ideal está em dosear a informação, sendo que tanto a informação em excesso como a menos podem ser prejudiciais.

Tal como refere Bilhim, é importante desenvolver estratégias que permitam ultrapassar essas barreiras e que podem passar por conhecer a equipa e a melhor forma de transmitir a mensagem, tentar apelar aos valores a importância que a mensagem pode ter para os profissionais, transmitir pequenas informações de cada vez usando o feedback como forma de avaliar se a mensagem foi percebida como pretendido e procurar que haja um clima facilitador à comunicação, encorajando a confiança e a abertura.

No BOC há uma tendência para trabalhar em “cliques”, havendo a formação de pequenos grupos dentro da equipa, muitas vezes de acordo com as salas operatórias e valências onde costumam estar mais vezes distribuídos. São pequenos grupos de pessoas que trabalham em contacto muito próximo e que partilham interesses comuns. O serviço toma assim a forma de “um conjunto de constelações de trabalho, de “cliques” quase independentes de indivíduos que trabalham sobre as questões apropriadas ao nível hierárquico onde estão situadas” (Mintzberg, 1995, p. 75).

No bloco operatório a especialização do trabalho é de extrema importância e a formação tem um papel crucial. A repetição das funções é o fator chave que permite relacionar a especialização das funções com o aumento da produtividade. Tal como refere Mintzberg, a especialização do profissional em determinada tarefa, melhora a sua destreza, poupa tempo e permite o desenvolvimento de novas metodologias de trabalho mais complexas.

II – Diagnóstico de necessidades de formação

O diagnóstico de necessidades de formação consiste na recolha de informações, que pode ocorrer de várias formas, através da utilização de instrumentos metodológicos que se adequem não só à mensuração como à representação documental das disfunções de desempenho ou problemas da organização que foram detetados. Tem como propósito a execução de intervenções formativas, que implicam a organização na respetiva execução (Cardim, 2009).

São essas diferenças de desempenhos, entre as exigências organizacionais e a forma como efetivamente se processam que culminam em disfunções que podem ter solução por parte da formação.

No caso específico da integração de enfermeiros em bloco operatório, tornou-se necessário perceber qual a opinião de vários envolvidos no processo, e tal como diz Meignant (2003, p. 115), do ponto de vista do diagnóstico de necessidades e de forma a obter uma síntese do processo que seja orientada para a ação, podemos perspetivar entre três fontes de informação

“a definição teórica do posto de trabalho, o ponto de vista dos peritos sobre o conteúdo atual e previsível do posto, e as exigências que daí decorrem e o ponto de vista das pessoas que exercem atualmente o posto de trabalho. Estamos em três registos completamente diferentes de que será preciso extrair uma síntese que permita a ação.”

O diagnóstico de necessidades teve como principal objetivo identificar quais as necessidades de aperfeiçoamento dos programas de integração de enfermeiros no bloco operatório central do Hospital de Egas Moniz. Nesse sentido, relacionaram-se as exigências de desempenho inerentes aos quatro postos de trabalho de enfermagem no bloco operatório (enfermeiro de apoio à anestesia, circulante, instrumentista e que presta cuidados na URPA) no decurso do período de integração com a forma como são desempenhadas pelos enfermeiros em integração e os integradores, com o intuito de detetar disfunções que pudessem ser colmatadas com recurso à formação.

Desta forma, concluiu-se que após o problema identificado, poderá haver melhoria no desempenho dos profissionais envolvidos nos programas de integração de enfermeiros no bloco operatório, através da formação, pela reformulação dos planos de integração existentes no serviço, com a criação de um único, completo e global que envolva as especificidades de cada valência. Para além disso, será reformulada a forma de apresentar os procedimentos existentes no manual de serviço, indispensável no decurso das integrações de enfermeiros.

O diagnóstico de necessidades permitiu compreender, clarificar e expor de forma clara e concisa as necessidades formativas no que se refere aos programas de integração dos enfermeiros. Assim é

possível compreender a realidade do serviço em que se pretende intervir ao nível dos seus problemas e necessidades. Com o diagnóstico de necessidades foi possível:

- Identificar as exigências de desempenho dos enfermeiros integradores e dos enfermeiros em período de integração e conhecer a forma como são desempenhadas as suas funções no decurso dos períodos de integração.

- Perceber de forma detalhada as funções inerentes aos enfermeiros integradores, aos enfermeiros em integração e às chefias do serviço.

- Conhecer as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros integradores, enfermeiros em integração e chefias do serviço e as formas como conseguem ultrapassar essas dificuldades no dia a dia.

- Conhecer o nível de cumprimentos dos planos de integração existentes no serviço.

- Conhecer as sugestões de melhoria aos programas de integração feitas pelos integradores, elementos em integração e chefia.

- Perceber qual a importância atribuída ao manual de procedimentos existente no serviço no decurso dos períodos de integração dos novos elementos em cada valência cirúrgica.

1. Metodologia

A metodologia de projeto é uma metodologia participativa que permite que haja uma maior compreensão da realidade, bem como uma maior eficácia dos meios utilizados e das técnicas de intervenção a desenvolver (Guerra, 2002).

Como atividade de planeamento, a metodologia de projeto, pode ser vista como um processo contínuo, voltado para o futuro (intimamente ligado à previsão), sistémico (ao abranger todos os envolvidos no problema) e interactivo (sujeito a reformulações constantes, adaptando-se aos novos factos e sofrendo constantes avanços e recuos). Sendo uma técnica de coordenação, pois envolve várias atividades, pessoas e recursos, exige uma contínua adaptação ao quotidiano de trabalho, sendo então também considerada uma técnica de inovação e de mudança (Guerra, 2002).

A metodologia utilizada no trabalho de projeto foi a qualitativa. Por várias razões tais como o investigador não se colocar numa posição de perito, mas sim envolvido no campo de ação dos participantes. Fala-se de uma relação sujeito-objeto marcada pela intersubjectividade. Neste caso

específico, as pessoas que participam no estudo tiveram ou têm experiência em bloco operatório de processos de integração (sendo como elementos em integração ou integradores), possuem uma experiência e um saber pertinente e partilham uma mesma cultura organizacional. Dizendo de outra forma, “numa abordagem qualitativa acontece frequentemente que se investiga “com” e não “para” as pessoas de interesse” (Fortin, 1996, p. 148).

O método qualitativo apoia-se no raciocínio indutivo, em que o investigador não considera os seus conhecimentos no domínio em estudo e abstém-se de recorrer a teorias existentes para explicar o que observa. Pelo contrário, o investigador aprofunda toda a revisão da literatura de forma a comparar os seus resultados com os obtidos por outros investigadores em estudos relacionados com o seu (Fortin, 1996).

Uma das principais críticas feitas à metodologia qualitativa é o facto de ter “amostras” muito pequenas, que não podem ser consideradas representativas. É mais importante questionar em que medida as pessoas são capazes de fornecer dados válidos do que se são representativas da população de onde provêm. São sujeitos selecionados, capazes de testemunhar sobre a sua experiência no processo de integração, com capacidade de se exprimirem e motivadas em participar (Fortin, 1996). Torna-se obrigatório, sempre que se utilizem entrevistas como técnica de recolha de dados, a auscultação de indivíduos com opiniões heterogéneas (Guerra, 2006). Segundo a autora, não se trata de muitos sujeitos estatisticamente representativos, mas sim de poucos socialmente significativos, “reportando-os à diversidade das culturas, opiniões, expectativas e à unidade do género humano” (Guerra, 2006, p. 20). Quando os dados recolhidos não trazem mais novidades ou informações diferentes, pode-se dizer que a “amostra” está saturada, sendo possível generalizar os resultados ao universo de trabalho a que os entrevistados pertencem (Guerra, 2006).

O tipo de amostragem escolhido, foi a amostragem por casos múltiplos, por contraste-saturação, por se aplicar a problemas não muito complexos e relativamente restritos, atingindo rapidamente a saturação, através de entrevistas não muito longas, combinando a amostra por contraste e por homogeneização (Guerra, 2006).

Foram incluídos tantos sujeitos quanto os necessários para atingir a saturação dos dados, tendo procurado a opinião de enfermeiros com um ponto de vista diferente dos que predominavam entre as pessoas que tinham dado o seu contributo.

Essencialmente foi através da observação de campo que colhi os dados referidos e que segundo Weick (1968) “consiste em selecionar, provocar, registar e codificar o conjunto de comportamentos e dos ambientes que se aplicam aos organismos *in situ* e que estão ligados aos objetos da observação

no terreno” (Fortin, 1996, p. 242). Como fruto dos momentos de observação surgiram notas de campo do que se passou nas reuniões semanais e de avaliação em que estive presente e de conversas informais em vários momentos do dia.

1.1. Técnica de recolha de dados

De forma a determinar o diagnóstico de necessidades, procedeu-se essencialmente a dois tipos de recolha de dados:

- Recolha documental – tendo recorrido a documentos existentes no serviço, na organização, online, em documentos oficiais, etc. de forma a conseguir:

- Caracterizar a organização e o serviço onde decorre o trabalho de projeto
- Definir as funções do enfermeiro de apoio à anestesia, circulante e instrumentista e enfermeiro de apoio à URPA
- Conhecer os trâmites do processo de integração
- Conhecer as características do enfermeiro integrador
- Descrever as etapas do processo de integração

Assim, foram vários os documentos utilizados no decurso do presente estudo, que permitiram a sua realização tal como se apresentam no ponto 5.1.

- Entrevistas semiestruturadas – “Conduzidas a partir de um guião que constitui o instrumento de gestão da entrevista” (Afonso, 2014, p. 105). Segundo o autor, o seu formato situa-se entre as entrevistas estruturadas e as não estruturadas, sendo o seu modelo o da entrevista não estruturada, seguindo temas mais específicos. São conduzidas a partir de um guião que deve ser elaborado a partir de questões de pesquisa em que o conteúdo da entrevista é organizado por objetivos, correspondendo a cada objetivo uma ou mais questões e a cada questão itens ou tópicos usados na gestão do discurso do entrevistado relativamente a cada questão (Afonso, 2014). Foram elaborados três guiões, um para os integradores, outro para os enfermeiros em integração e outro para a equipa de gestão (Anexos I, II e III).

O guião das entrevistas foi estruturado em cinco blocos, sendo o 1º referente à legitimação da entrevista com todas as informações prévias sobre a importância da participação do entrevistado, os objetivos do estudo, a duração da entrevista, as questões de confidencialidade e o pedido de autorização para a gravação facultando a possibilidade de leitura da entrevista na íntegra e alteração

do que julgar necessário. O segundo bloco, referente ao percurso profissional, em que procuro conhecer o percurso dos entrevistados e a sua experiência profissional. O terceiro bloco diz respeito à integração em bloco operatório tendo sido questionado aos integradores qual a opinião sobre a integração de enfermeiros no BOC e como decorreu a sua integração e aos enfermeiros em integração como decorreu essa integração. Todos eles foram questionados sobre as principais dificuldades sentidas e a forma como as ultrapassaram. Junto da equipa de coordenação procurou perceber-se qual a importância atribuída às integrações no bloco operatório e as principais dificuldades e formas de resolução. O quarto bloco diz respeito ao plano de integração em que se procurou conhecer o que os entrevistados sabiam sobre o plano de integração, qual o nível de cumprimento, a existência de entrevistas de orientação e a importância que lhe atribuíam, bem como ao manual de procedimentos e a opinião atribuída a vídeos com os resumos das principais cirurgias, se seriam ou não uma mais valia para as integrações de novos elementos. Por fim o quinto bloco serviu para finalizar a entrevista.

Foram entrevistados sujeitos de três perfis diferentes: seis enfermeiros integradores, todos eles responsáveis de valência, considerados peritos em cada uma das suas áreas; seis enfermeiros em integração com menos de três anos de serviço (no BOC), de forma a estarem ainda em processo de integração, com os pormenores ainda vivos na memória; dois elementos da equipa de coordenação envolvidos no processo de integração enquanto gestores do processo. Todos eles tinham disponibilidade, facilidade de comunicação, encontravam-se motivados para colaborar no estudo e eram capazes de verbalizar as suas situações de trabalho, a forma como vivenciam os processos de integração.

Foi feito um pedido à Direção dos Serviços de Enfermagem, solicitando à Sra. Enf^a Diretora autorização para realização de entrevistas aos enfermeiros do BOC no âmbito do trabalho de projeto que foi aceite. Foram seguidos os princípios éticos, nomeadamente no respeito pelos participantes, a sua proteção, o consentimento informado, livre e esclarecido dado verbalmente por todos os entrevistados, mantendo a privacidade e confidencialidade, de acordo com a “Carta ética para a investigação em Educação e Formação do Instituto de Educação da Universidade de Lisboa”. Todos os sujeitos compreenderam os objetivos traçados e solicitaram o anonimato.

As entrevistas foram todas feitas por um único entrevistador, gravadas em registo áudio, após pedido de permissão a cada um dos entrevistados, posteriormente foram transcritas na íntegra, dadas a ler ao entrevistado possibilitando a execução de alterações se assim o entendessem. Foram todas realizadas num dos gabinetes do bloco operatório, procurando sempre resguardar o entrevistado colocando-o à vontade sem que houvesse interrupções, o que foi conseguido. O

entrevistado sabia antecipadamente que iria ser entrevistado e qual a duração média da entrevista, tendo ocorrido sempre em circunstâncias favoráveis para tal, sem que interferisse com os seus afazeres. A duração das catorze entrevistas variou entre os 20 e os 60 minutos.

A recolha de informações através da entrevista para posterior levantamento de necessidades de formação, permitiu que fosse feita uma análise em profundidade dos problemas referidos pelos entrevistados, a análise e a identificação das causas dos problemas e a identificação de possíveis soluções e obstáculos existentes. Houve entrevistas em que os enfermeiros referiram ter sido muito importante poderem expressar os seus pontos de vista, dar a sua opinião relativamente a um tema tão importante e que tanto precisava ser trabalhado e melhorado.

Outras técnicas de recolha de dados poderiam ter sido utilizadas, no entanto, tendo em conta o tipo de trabalho efetuado em bloco operatório, o facto de haver um acesso restrito e um número limitado de pessoas que permanecem na sala operatória no decurso das cirurgias, aliado ao facto dos enfermeiros trabalharem por turnos, dificulta a observação enquanto técnica de recolha de dados. Os diários ou relatos escritos também nem sempre são fáceis de conseguir, não só pela resistência por parte dos profissionais em preencher mais papéis para além de todos os registos que têm de ser feitos no decurso de uma cirurgia, mas também por haver dias muito complicados em termos de cirurgias, em que não sobra muito tempo livre para o conseguirem fazer.

1.2. Técnica de tratamento dos dados

Como resultado da informação recolhida através da revisão e análise bibliográfica e das entrevistas efetuadas, procedeu-se à análise documental e análise de conteúdo, respetivamente.

Segundo Bardin (1977) a análise documental pretende representar de forma condensada a informação recolhida para posterior consulta e arquivo. Com a análise documental procurei apresentar de outro modo os documentos que fui recolhendo de forma que o observador consiga obter o máximo de informação com a máxima pertinência.

Todos os documentos de várias origens que fui recolhendo, foram sendo organizados, permitindo um mapeamento, a partir dos objetivos traçados e posteriormente organizados num novo texto em que procurei estabelecer o contacto entre a informação recolhida, o contexto empírico particular e a minha forma de ver e trabalhar o problema.

Relativamente à informação recolhida a partir das entrevistas, procedi à análise de conteúdo que segundo Bardin (1977, p. 42) representa

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / receção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

As catorze entrevistas foram transcritas dos registos áudio para suporte informático, na íntegra, de forma fiel ao que foi dito e foram posteriormente trabalhadas. Foram agrupadas segundo as funções desempenhadas pelos entrevistados, nomeadamente como pertencendo ao grupo dos enfermeiros integradores, enfermeiros em integração ou à equipa de coordenação (Anexos IV, V e VI).

Para Bardin (1977), a análise de conteúdo não passa apenas pela descrição dos conteúdos recolhidos, mas sim pelas conclusões a que se pode chegar após o tratamento dos dados. A análise de conteúdo deverá então responder a três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação.

Na primeira fase (pré-análise), procedeu-se à organização da informação, sempre com o intuito de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um plano de análise. Esta fase tem três missões: a escolha dos documentos a analisar, a formulação de hipóteses e objetivos e a referenciação dos índices e elaboração de indicadores (representantes da repetição dos índices ou temas).

Na segunda fase (exploração do material), a mais longa, procedeu-se essencialmente a operações de codificação e enumeração.

Na terceira e última fase (tratamento dos resultados obtidos e interpretação), os resultados em bruto das entrevistas foram trabalhados de forma a serem significantes e válidos. É a fase em que são produzidos registos das unidades de significado que são agrupadas em áreas temáticas. Assim, foram criados três documentos, cada documento foi composto pelas grandes temáticas presentes no guião da entrevista agrupadas segundo categorias, subcategorias e os vários indicadores identificados para caracterização do processo de integração e do plano de integração, consoante o grupo a que pertence o profissional (Anexos VII, VIII e IX).

Foi através dos conteúdos das entrevistas relatados pelos profissionais envolvidos nos processos de integração que se conseguiu um grau de inferência que permitiu a identificação das principais

necessidades dos enfermeiros e a estruturação de um dispositivo de formação – plano de integração de enfermeiros no bloco operatório central do HEM, que vá ao encontro dessas necessidades.

1.3. Descrição dos participantes

As entrevistas foram feitas a três grupos de enfermeiros: integradores, em integração e equipa de gestão.

Os enfermeiros integradores são todos eles responsáveis de valência, com pelo menos dez anos de experiência no bloco operatório central, considerados peritos do serviço, com mais ou menos integrações de novos elementos concluídas, consoante o seu percurso profissional. São todos eles detentores de um vasto leque de conhecimentos e experiência e as suas opiniões são fulcrais para o conhecimento das principais necessidades no processo de integração dos enfermeiros no bloco operatório. Pelo seu posicionamento no serviço e pelas funções desempenhadas, possuem informação relevante sobre os problemas de desempenho e funcionamento do serviço (Cardim, 2009). Neste grupo, foram entrevistados seis elementos.

Os enfermeiros em integração tinham como único pré requisito o desempenho de funções no bloco operatório central por um período inferior a três anos. São todos enfermeiros ainda em período de integração com todas as necessidades bem presentes na memória. Apenas dois tinham experiência prévia de funções em bloco operatório (ambos com duração de quatro anos). Foram entrevistados neste grupo seis enfermeiros.

A equipa de coordenação composta pela enfermeira Chefe do serviço e a coordenadora foram também entrevistadas pois são as detentoras do poder de gestão dos postos de trabalho diariamente. São responsáveis diretas pelo funcionamento do serviço e dispõem de informação detalhada sobre os principais problemas de desempenho dos profissionais e do funcionamento geral do serviço e organização (Cardim, 2009). Passa pela equipa de coordenação escalar os enfermeiros nos diversos postos de trabalho dentro das salas operatórias pelas várias valências cirúrgicas e recobro.

Desta forma fui ao encontro do que nos diz Cardim (2009), ao entrevistar não só os quadros de chefia mas também os trabalhadores diretamente envolvidos no processo.

No quadro 12 encontram-se esquematizadas as principais características dos vários enfermeiros entrevistados, como forma de caracterização dos grupos em questão.

Quadro 4 - Caraterização dos entrevistados

	Identificação das entrevistas	Tempo de exercício profissional	Tempo de exercício profissional no BOC	Experiência prévia de desempenho de funções em bloco operativo
Enfª integradores	Entrevista 1 (E1)	28 anos	21 anos	Não (Só enfermaria)
	Entrevista 2 (E2)	21 anos	16 anos	Não (só enfermaria)
	Entrevista 3 (E3)	26 anos	23 anos	Sim (2 anos)
	Entrevista 4 (E4)	12 anos	12 anos	Não (Escola)
	Entrevista 5 (E5)	12 anos	12 anos	Não (Escola)
	Entrevista 6 (E6)	10 anos	10 anos	Não (Escola)
Enfª em integração	Entrevista 7 (E7)	14 anos	2 anos	Sim (4 anos)
	Entrevista 8 (E8)	12 anos	2 anos	Não (Só enfermaria)
	Entrevista 9 (E9)	8 anos	2 anos	Não (Só recobro)
	Entrevista 10 (E10)	10 anos	2 anos	Não (Só enfermaria)
	Entrevista 11 (E11)	6 anos	2 anos	Sim (4 anos)
	Entrevista 12 (E12)	9 anos	4 meses	Não (Só enfermaria)
Coordena	Entrevista 13 (E13)	30 anos	10 meses	Não (Só enfermaria)
	Entrevista 14 (E14)	21 anos	15 anos	Sim (2 anos)

(Fonte: a própria)

2. Apresentação do diagnóstico de necessidades de formação.

2.1. Identificação do problema

A formação profissional desenvolvida no bloco operatório central do HEM, nomeadamente no que diz respeito aos planos de integração que são seguidos para integrar os novos elementos no serviço ou as integrações posteriores nas novas valências cirúrgicas, não permitem que os enfermeiros adquiram as competências necessárias e essenciais ao desempenho da sua profissão nos tempos definidos.

2.2. Caracterização do processo de integração de enfermeiros no Bloco Operatório Central

As entrevistas realizadas aos enfermeiros da equipa de coordenação, aos enfermeiros responsáveis pelas integrações e aos enfermeiros em integração, permitiram concluir que os processos de integração são uma das peças chave para o bom desempenho dos enfermeiros da equipa de enfermagem do bloco operatório central do Hospital de Egas Moniz. Para tal, a existência de planos de integração que sejam exequíveis e passíveis de ser cumpridos ao longo dos programas de integração bem como a existência de manuais de procedimentos, têm elevada importância nesses mesmos processos como se pode verificar de seguida.

2.2.1. Principais dificuldades sentidas no processo de integração

Com base na análise categorial temática das entrevistas que foram realizadas e a partir dos dados recolhidos, posso concluir que as dificuldades referidas pelos diversos elementos entrevistados são de vária natureza e dependem das experiências por que cada um passou.

As integrações têm vindo a alterar-se ao longo dos tempos fruto das necessidades dos serviços, do número de elementos a desempenhar funções e das próprias características de cada instituição *“não tem nada a ver (...) o tempo de integração reduziu muito”* (E6), *“a equipa do bloco era uma equipa muito mais estável”* (E1), agora *“é uma equipa muito volátil”* (E1). *“Havia outra disponibilidade de tempo para sermos integrados”* (E14).

Mesmo nas diferentes instituições os processos de integração são diferentes,

“o maior impacto que tive quando comecei a trabalhar foi na primeira instituição onde trabalhei onde quando comecei não havia integração aos novos elementos, isto é, não havia nenhum elemento de referência (...) éramos ajudados por outros elementos que não os da mesma classe profissional” (E3),

por outro lado *“trabalhei paralelamente noutra instituição, também em bloco operatório, em que as coisas já eram diferentes, em que havia já integração dos elementos, tínhamos sempre um elemento de referência e começávamos sempre pela circulação (...) a anestesia era o último lugar”* (E3).

Dos catorze elementos entrevistados, apenas três traziam alguma experiência de desempenho de funções em bloco operatório *“já tinha experiência de bloco operatório”* (E3), *“4 anos”* (E11) e *“2 anos”* (E14), o que confere uma importância extra à integração, visto que os novos elementos não têm experiência prévia que permita desempenhar funções sem que haja inicialmente um período de aprendizagem.

A integração dos novos elementos é vista como um investimento *“havia todo um investimento na integração por parte dos integradores e do serviço e depois quando já estavam integrados, saíam.”* (E3), *“isto é um grande investimento (...) que o serviço perde porque esteve ali muito tempo para preparar aquele elemento, o elemento sai e não acontece nada”* (E3). Há elementos que consideram que a instituição devia, inclusive, ser *“indemnizada”* *“devia de haver uma indemnização ao próprio serviço e que não existe (...) devia de haver na minha opinião um retorno (...) é um investimento em termos monetários em que se está a perder imenso”* (E3).

É atribuída elevada importância à integração, essencialmente no serviço de bloco operatório, e os tempos necessários para a integração são diferentes dos necessários nos restantes serviços de saúde

“A integração é importante em qualquer serviço. No entanto (...) em bloco operatório tem necessidades absolutas de ter tempo para integração e se num serviço de internamento, ao fim de 3 / 4 meses, podemos considerar que o elemento se calhar está capaz de dar resposta (...) em bloco operatório, haja uma experiência que não seja de bloco ou seja entrada sem qualquer tipo de experiência, precisa-se de muito mais tempo para dizermos que o elemento está integrado. (...) podem estar integrados numa valência mas não estão de todo em duas ou três” (E13)

isto porque o bloco operatório é um serviço com dinâmicas específicas e muito diferentes dos restantes serviços

“há uma dinâmica de sala que a pessoa vai interiorizando muito lentamente (...) estão ali quatro grupos profissionais completamente distintos e que cada um deles funciona de uma forma distinta (...) aqueles três enfermeiros estão ali e funcionam como elo de ligação em cada um dos polos e são eles que faz a ponte entre a anestesia e a cirurgia e o auxiliar e que é esta dinâmica que também exige algum tempo de preparação para as pessoas. Há campos que não podem ser infetados, a circulação de pessoas é diferente” (E1)

“Ter um bom integrador e a duração da integração é muito importante” (E14).

Nos três grupos de entrevistados há quem atribua elevada importância ao facto de os novos elementos em processo de integração no serviço poderem passar pela central de esterilização, no início do período de integração, visto que é o serviço que directamente contacta connosco e sem o qual não seria possível desenvolver toda a atividade cirúrgica. É importante não só conhecer os circuitos do material desde que sai do bloco após ter sido utilizado (material contaminado) até que volta a entrar (material esterilizado) mas também as pessoas que lá trabalham e com quem falamos diariamente. Tal como refere um dos elementos da equipa de integradores *“antes de entrarmos para o bloco, fazíamos primeiro três dias na esterilização, víamos todos os passos (...), o que nos dava um certo know how para o resto. (...) Saber com quem estamos a falar acho que é super importante”* (E3). Dos elementos em integração apenas um teve a possibilidade de passar pela central de esterilização referindo *“fui à esterilização (...) conhecer o espaço e ver como é que eram os circuitos. (...) Achei importante até para conhecer as pessoas de lá, que também te facilita depois o estar a falar e a pedir as coisas. Eu acho que foi bastante vantajoso ir lá.”* (E8). Na equipa de gestão, a opinião é que *“penso que sim, que é importante (...) é o serviço com o qual lidamos e dependemos muito da esterilização (...) Era importante que toda a gente tivesse também a ideia de qual é o trabalho da esterilização”* (E13).

As opiniões dividem-se no que diz respeito ao início das integrações pelo recobro ou pelo bloco operatório e neste caso se deve ser iniciado pela anestesia, circulação ou instrumentação. Assim, no grupo dos integradores há quem seja da opinião que as integrações deveriam começar pelo recobro, referindo

“Eu acho que deveriam começar pelo recobro. Para ter uma noção geral das dificuldades do recobro, do não haver cama (...) dos timings... acho que era importante! De como é que se articula com o piso, com os auxiliares... (...) dá-lhe uma noção geral do bloco. Depois ir para uma especialidade, mas estar lá um ano” (E4).

Também na equipa de elementos em integração, há quem julgue ser benéfico iniciar as integrações pelo recobro referindo

“Eu acho que é benéfico começar pelo recobro, mas acho que devíamos passar um dia ou dois numa sala, só para ver e para perceber (...) como é que funcionam as coisas, porque há muitas coisas que os colegas nos passam quando chegam ao recobro com o doente que eu agora, tenho mais noção (...) do que é que isso significa” (E12),

“Começaria (...) pelo recobro que acho que é um bom sítio para conhecer a dinâmica do bloco, conhecer as pessoas” (E10) e “Recobro, sim, faz sentido para conheceres a equipa e conhecer as diferentes cirurgias que se fazem cá” (E8).

Quanto aos elementos da equipa de gestão, referiram que se o novo elemento vem com experiência de enfermaria deveria começar pelo recobro

“tem facilitado a vida os colegas que vêm do internamento começarem pelo recobro, que acaba por ser o mais parecido com aquilo que era a sua realidade, (...) parece-me que é facilitador para quem vem de um internamento começar pelo recobro” (E13),

“Talvez a ida para o recobro seja mais rápida, para as pessoas que vêm dos internamentos (...) a integração no recobro acaba por ser mais fácil” (E14). Se o elemento não tem experiência nenhuma (vem diretamente da escola para o bloco operatório) pode começar pela sala operatória, apesar de não ser mandatário *“Quem vem de novo para o bloco operatório eu penso que é indiferente, se calhar até é melhor por sala porque dá-se a novidade (...) começar pelo mais específico” (E13), “pessoas sem experiência nenhuma tanto faz irem para salas ou irem para o recobro” (E14).* Se o elemento já vem com experiência em bloco operatório, é indiferente, adaptando sempre à realidade do serviço de onde vem o novo elemento, ou seja

“Para quem vem de outros blocos, também penso que é um bocadinho indiferente. Se tem experiência (...) adaptando às realidades de onde vinham, um elemento começou no recobro porque vinha de um bloco operatório mas que era mais cuidados intensivos que um bloco (...) o outro elemento começou por sala, ainda nem sequer foi ao recobro. Penso que é um bocadinho mais indiferente nestas situações.” (E13).

Quanto a qual a valência cirúrgica por onde deveria ser iniciada a integração dos novos elementos, os enfermeiros entrevistados pertencentes ao grupo dos que se encontram em integração, são da opinião unânime que deveria ser a Cirurgia Geral *“começar na cirurgia geral faz mais sentido do que começar em qualquer outra valência mais específica (...) que pouco ou nada tem de cirurgia aberta (...) devia começar por coisas mais gerais, não tão específicas e ir afunilando” (E8),* do grupo da equipa de gestão a opinião mantém-se

“deveriam começar pela Cirurgia Geral, uma vez que é uma valência de onde nos dão grandes ferramentas e nos dão uma base para todas as outras especialidades e neste momento nós temos uma falha imensa nessa forma de integrar as pessoas porque não conseguimos ter pessoas suficientes para proceder a essa integração” (E14).

Relativamente a iniciar as integrações pela anestesia, circulação ou instrumentação, as opiniões dividem-se, sendo que há quem refira, no grupo de integradores, *“Anestesia, sempre! Começar pela anestesia, acompanhada inicialmente (...) sempre com supervisão e depois deixá-la assimilar conhecimentos”* (E1) e quem seja da opinião que *“a circulação faz a ponte entre a anestesia e a instrumentação, daí ser importante a integração começar por aí (...) faz o intercâmbio entre as duas áreas”* (E3). No grupo de entrevistados da equipa de gestão, a opinião é que

“numa fase inicial, começa sempre pela anestesia, era o enfermeiro a seguir a pessoa pela anestesia das várias valências. (...) Acho que a pessoa acaba por ter outro tipo de experiência a nível da anestesia (...) era seguir a pessoa e não a especialidade (...) só na anestesia” (E14)

e *“Se calhar a anestesia e a circulação até podemos começar... desde que siga sempre a mesma pessoa, ora está de anestesia, ora está de circulação (...) torna o processo mais fácil para todas as partes”* (E13).

São unânimes as opiniões dos três grupos entrevistados (integradores, em integração e equipa de gestão) em considerarem que os atuais tempos de integração são reduzidos e ficam aquém das reais necessidades, isto é, os três meses estipulados pela Direção de Enfermagem são de todo insuficientes, essencialmente numa primeira valência cirúrgica. *“Quando uma pessoa não tem experiência nenhuma (...) os três meses não chegam de todo. (...) É de todo insuficiente. (...) Durante mais tempo obrigatoriamente, principalmente para quem tem a primeira experiência”* (E1), *“Se são escassos? (...) é manifestamente pouco, não é?”* (E3), *“sem dúvida alguma. Nem sei como é que pode ser menos que 3 meses numa valência”* (E6). Na equipa de gestão a opinião é que *“o tempo será muito superior em termos de necessidade de integração”* (E13), *“as pessoas gostavam de estar mais tempo nas valências, de terem outras vivências e de acordo com aquilo que está estabelecido pela nossa Direção de Enfermagem não é possível por que (...) estão-nos a dar três meses para integrar uma pessoa em duas áreas (...) o que acaba por ser insuficiente. Isto é uma realidade que todos nós percebemos que não funciona”* (E14).

No que diz respeito ao tempo de integração necessário numa primeira valência cirúrgica no Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz, numa segunda fase, estipulada pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) como enfermeiro de anestesia, os enfermeiros integradores são da opinião que *“para uma pessoa que não tem conhecimento de anestesia (...) três semanas no mínimo dos mínimos acompanhada na anestesia e depois deixá-la estar ali na anestesia durante um mês ou dois meses. Dar capacidade à pessoa de se sentir à vontade”* (E1). Já na terceira fase – enfermeiro circulante –

“era importante ter um período de circulação, provavelmente não tão longo como na anestesia, mas é importante também ter, porque há particularidades, há os sítios das coisas, há um infindável número de coisas que nós não dizemos sempre. (...) a circulação vai sendo assimilada com calma (...) enquanto a pessoa vai estando a ser integrada na anestesia, ela também vai sendo integrada na circulação” (E1)

Na quarta e última fase – enfermeiro instrumentista –

“também algum tempo de experiência. Inicialmente acompanhada sim e depois dar também tempo para a pessoa cimentar os conhecimentos (...) se a pessoa tem pouco tempo de integração, vai a uma sala, apanha o básico e depois vai para outra sala e depois há o dia em que tem que voltar à primeira e não faz” (E1).

Os tempos de integração dos enfermeiros entrevistados que pertencem ao grupo em integração, diferem caso a caso, mas regra geral não passa muito de um mês de anestesia *“Um mês” (E7), “Estive um mês de anestesia” (E9), “um mês talvez” (E12)*, havendo um caso excecional devido ao tipo de contrato do profissional (prestação de serviços a recibos verdes) em que o elemento ficou estacionado durante muito tempo no mesmo posto, onde já dava resposta, visto ser um período conturbado com muita falta de enfermeiros, sem grande possibilidade de fazer integrações dos novos elementos acompanhados *“Muito tempo! Talvez no primeiro ano e meio, porque também tive um contrato um bocado diferente (...) fiz apenas apoio à anestesia que era onde eu tinha mais experiência de onde já vinha” (E11).*

Os enfermeiros em integração consideram que o tempo que passaram acompanhados foi insuficiente *“para aí uma semana ou duas semanas, estive sempre acompanhada (...) já tinha experiência (...) foi antecipado o tempo em que eu já ficava sozinha. A partir da segunda semana provavelmente já fiquei sozinha” (E7), “Não sei precisar, mas se calhar duas ou três semanas acompanhada e depois sozinha. Fiquei pouco tempo sozinha e passei logo para a circulação. O que eu achei mau (...) quando estás a ganhar mais destreza e visão, passas à seguinte” (E8), “As duas primeiras semanas devo ter ficado acompanhada” (E9), “já não sei precisar (...) três semanas ... duas semanas (...) a contar como extra, mas não foi todos os dias, não foi seguido” (E10), “Muito pouco tempo, muito pouco tempo! Uma semana (...) fiquei sempre sozinha porque era essa a necessidade do serviço” (E11), “Um mês talvez” (E12).*

Assim, e visto que os tempos de aprendizagem diferem de pessoa para pessoa, os elementos entrevistados não conseguem definir um determinado tempo para as integrações dos novos elementos, apesar de acharem que atualmente são insuficientes, referindo que *“em termos de tempo, para além das necessidades de cada um, porque cada elemento é diferente, um tempo mínimo por especialidade (...) de anestesia e circulação eventualmente um tempo comum para cada*

especialidade. Não sou capaz de dizer o tempo” (E14), “Cada um tem os seus limites, cada um tem os seus tempos, as pessoas têm maneiras de estar diferentes” (E1),

“há pessoas que se integram melhor numas partes do que outras (...) o tempo de integração é muito diferente (...) há pessoas que não precisam de um mês, mas há pessoas que até precisam de mais que um mês. O que não quer dizer que depois não venham até a ser melhores profissionais que os outros” (E2),

“nós não somos todos iguais e portanto não temos todos o mesmo ritmo (...) tem a ver como os timings de cada um, o que não significa que a posteriori, as coisas não sejam inversas” (E3),

“Cada um tem os seus tempos de integração. Há uma pessoa que foi lá para ser integrada na sala e... aquilo demorou um bocado (...), é um bom profissional agora (...) vinha de uma especialidade completamente diferente com uma dinâmica da sala completamente diferente e demorou” (E4),

“há pessoas que o fazem em diferentes ritmos e há diferentes formas de se posicionar perante um processo de integração. Ou seja, há pessoas que são mais proativas, outras menos proativas” (E5)

São vários os fatores que podem influenciar as experiências de cada um e que podem aumentar ou reduzir os tempos de integração de cada elemento

“as experiências não são todas iguais, os programas operatórios não são os mesmos (...) às vezes há alturas que tens mais ou menos o mesmos tipo de cirurgias e que não apanhas outras (...) ter em conta as equipas cirúrgicas que calham (...) os horários, se o integrador esteve de férias e passaste para outro elemento, se houve feriados, há uma série de coisas que não se pode dizer é um mês (...) e às vezes isso, alegadamente parece que aconteceu.” (E3).

No que diz respeito às principais dificuldades referidas pelos elementos entrevistados, pertencentes aos três grupos, verifica-se que para os enfermeiros integradores as principais dificuldades que sentiram enquanto estavam a ser integrados foram:

- a instrumentação *“Cheguei a passar a noite a estudar cirurgias” (E2),*

“na altura da minha integração eu sofri um bocado com a instrumentação! (...) para mim aquilo era uma coisa muito complicada (...) sempre me causou uma ansiedade imensa. Eu lembro-me das primeiras vezes que eu estive em grandes cirurgias... eu ali sozinha (...) eu sentia um stress, percorriam-me suores frios. Enquanto aquela cirurgia não começava e eu começava a sentir que dava resposta, aquilo era um stress muito grande para mim. (...) O estar sozinha, o sentir que podia acontecer alguma coisa no intraoperatório que eu não conseguia dar resposta... aquilo para mim era uma coisa muito angustiante.” (E1)

- a anestesia *“Principalmente com as crianças... foi um bocadinho angustiante”* (E2), *“As dificuldades que eu tive inicialmente numa primeira abordagem (...) foi com a terapêutica e com os ventiladores, porque não tive qualquer tipo de estágio nem experiência nenhuma em escola relacionada com bloco operatório”* (E6)

- o ambiente austero *“provavelmente o que me custou mais foi o ambiente austero (...) o stress”* (E3)

- a autonomia *“Perceber que tipo de autonomia é que tinha (...) o doente tem dor, tenho Paracetamol, mas posso mesmo fazer-lhe? Ou tenho que perguntar a alguém se posso fazer?”* (E4)

- a atitude de algumas colegas

“é mais a atitude de colegas do que propriamente a atitude de cirurgiões (...) nunca tive razão de queixa, dos anestesistas também não. (...) Na primeira valência, só houve uma colega que (...) não me facilitou a vida e para além de não me facilitar a vida, também não queria que eu perguntasse a mais ninguém, nem falasse com mais ninguém” (E4)

- não haver um responsável pela integração

“o facto de não ter uma pessoa que fosse responsável pela minha integração. Havia duas ou três pessoas com quem eu estava mais, sendo que uma delas eu não me identificava de todo com ela. E por uma razão pessoal, era difícil lidar com a situação” (E5).

- especificidades relacionadas como os profissionais

“A segunda dificuldade foi adaptar-me às 500 mil formas de trabalhar das 500 mil pessoas, sendo que nas valências apesar de os enfermeiros serem mais ou menos fixos, os anestesistas rodavam bastante e tive um bocadinho de dificuldade (...) estava num momento de aprendizagem meu, de fármacos, de procedimentos e adaptar-me, posso dizer, às formas de trabalhar ou quase manias de cada pessoa, foi um bocadinho difícil. Foi a minha maior dificuldade” (E6)

A experiência foi referida como a principal forma de ultrapassar os problemas acima referidos *“À medida que fui adquirindo mais experiência, e fui sendo capaz de ter mais independência, eu fui ultrapassando isso”* (E5), *“Eu acho que foi mesmo com a experiência. E com a permanência na valência. Porque deu possibilidade de conhecer as diferentes formas de trabalhar e repeti-las vezes sem conta”* (E6). Outra das formas foi pedindo ajuda aos colegas e restantes profissionais *“Sempre que tenho dúvidas pergunto”* (E3), *“Os cirurgiões ajudavam, os nossos colegas ajudavam”* (E2).

As principais dificuldades que os enfermeiros integradores referiram sentir enquanto estavam a fazer integrações aos novos elementos foram:

- a instrumentação

“Eu era incapaz e ainda hoje sou incapaz, de uma cirurgia que eu não conheço, mas que faço alguma ideia daquilo que se ai passar, de dizer “Não, eu não vou para a mesa porque eu não sei fazer essa instrumentação” (...) tenho alguma certa dificuldade em lidar hoje com esse tipo de mentalidade” (E1)

- o tempo *“as integrações hoje são muito, mas muito insuficientes para as necessidades que as pessoas têm” (E1), “às vezes nós não temos muito tempo, cada vez temos menos tempo para fazer as integrações” (E2)*

- a autonomia *“Nós queremos é passar o nosso saber e aquilo que nos passaram a nós, passar a outras pessoas para fazerem o seu trajeto da melhor maneira (...) que sejam depois autónomos (...) e que não precisem de nós” (E3)*

- a estrutura do plano de integração *“devia existir alguma grelha de elementos mais objetivos dirigida a cada especialidade que pudesse ser tida como referência para quem está a ser integrado, quer para quem integra, quer para quem chefia” (E5)*

- não ter em conta a opinião dos integradores no decurso das integrações *“A opinião de quem está a integrar as pessoas também devia ser importante, no momento de se avaliar essa integração. Por vezes as pessoas são dadas como integradas e nem sempre quem integra é consultado nesse momento” (E5)*

- novos elementos de integração a contar como elementos *“As pessoas deviam estar acompanhadas e não a contar como elemento (...) tem que haver um tempo estipulado para que as pessoas se integrem, não podem ficar eternamente acompanhadas” (E6)*

- importância das avaliações intermédias *“deveria haver avaliações intermédias para perceber em que ponto da situação é que as pessoas estão, donde o formando e o formador davam a sua opinião em relação às dificuldades que estavam a ter e aos progressos” (E6)*

- integrar mais do que um elemento em simultâneo *“estarmos com uma pessoa que começou a dar os primeiros passos sozinha na mesa, que precisa de muito apoio, e temos uma outra na anestesia, que também está nessa fase” (E1), “Tive mais do que um (...) é muito complicado. Deixa-me dizer-te que por vezes até 3 recém-experientes (...) não era o habitual, mas que aconteceu, aconteceu” (E3), “Sim, em várias posições distintas. Esta pessoa está a ser integrada na anestesia, tu ficas com ela, a que está a instrumentar não sabe bem o que está a fazer e a que está a circular está mediantemente integrada.” (E4), “mais do que uma vez estive a integrar uma pessoa e com outro elemento em sala que eu não considerava estar bem integrado, que devesse estar a contar como elemento” (E5) e “tive*

frequentemente enfermeiros que tinham acabado a sua integração ou que o serviço considerou como integrados, independentemente de ser um período muitíssimo curto, em conjunto com elementos que estavam em integração” (E6)

- colmatar falta de elementos com enfermeiros em integração *“tenho frequentemente pessoas que estão em integração que se faltar um elemento, às vezes vão para a sala para substituir um outro” (E6).*

As principais dificuldades referidas pelos elementos que foram entrevistados e que pertencem ao grupo dos enfermeiros em integração são, e muito à semelhança das referidas no grupo anterior:

- a instrumentação *“eu não consigo ter prática em todo o tipo de cirurgias numa valência (...) isso para mim é uma dificuldade. (...) Embora existam os protocolos que podemos consultar, não é a mesma coisa. (...) Apanhamos quase sempre as mesmas cirurgias e faltam-nos outras” (E7), “a instrumentar, senti dificuldade em memorizar as coisas, porque eu vinha de um ambiente totalmente diferente. (...) Lembro-me da assepsia ser uma coisa que me preocupava muito no início, porque não era uma coisa que fazia naturalmente” (E9).*

- a circulação *“saber o que é que é necessário para a cirurgia e onde é que está esse material (...) o problema é saber, antecipar os passos e saber os passos da cirurgia para o poderes fazer” (E8) e “eu raramente circulei acompanhada, porque consideram que (...) se eu sei instrumentar sei circular. É onde eu tenho mais dificuldades, eu não sei circular” (E9)*

- a anestesia *“quando eram crianças tinha que pedir ajuda (...) muitas vezes a anestesia é o pior sítio para se ficar (...) e se a pessoa não tiver segurança desespera” (E9) e “há muito trabalho de casa para fazer (...) há que estudar, há que perder algum tempo em casa a pesquisar (...) especialmente a manipulação de fármacos que na enfermaria não estamos muito habituados” (E10).*

- a dinâmica do bloco operatório

“é uma novo espaço, é tudo diferente... de todas as coisas de enfermagem que nós fizemos (...) é o conhecer todo aquele equipamento que existe dentro de uma sala, saber onde é que nos devemos posicionar em determinados momentos, quando é que eu hei-de fazer alguma coisa ou quando é que não” (E12)

- horário não coincidente com o do integrador *“muitos dos turnos a minha integradora não está (...) não acho que seja a coisa mais certa, fazer eu manhãs, se quem me está a ensinar não está presente. Não sabe aquilo que me explicou e aquilo que tem de me explicar” (E7), “apanhei roulement dos*

responsáveis da valência e aí sim é um bocadinho mais difícil” (E8) e “há o entrave essencialmente dos transportes” (E11).

- não ter ninguém responsável pela integração “Nunca me disseram “Olha esta enfermeira vai ficar...” ninguém me disse “A tua integradora é esta”. Fui para a sala e ...desenrasca-te” (E7), “Na valência Y não tive ninguém responsável pela minha integração, nem as responsáveis de valência. Nada. Não houve ninguém que ficasse” (E9) e “Nenhuma das responsáveis (...) ficou comigo. (...) A valência Z foi uma autêntica “palhaçada” de integração. (...) Eu não tive integrador” (E9).

- desconhecimento de quem é o integrador “não haver uma pessoa que ficasse comigo. (...) Eu senti-me muito apoiada pela Enfª X que é a responsável da valência e para mim eu assumi que ela era a minha integradora naquela valência” (E7)

- capacidades do integrador “há pessoas que estão mais aptas, mais afetas a (...) fazer integrações do que outras” (E11)

- atitudes de algumas colegas

“se não há apoio dos colegas quando nós estamos a iniciar, depois também não há confiança dos médicos. Temos pessoas que estão constantemente na mesma sala e que perdem a noção (...) e não apoiam minimamente o colega que está de novo a aprender. (...) Uma pessoa que é responsável pela valência tem que deixar o colega minimamente preparado para atuar” (E9)

Para além das dificuldades acima mencionadas, referem ainda as inerentes ao serviço e que são:

- gestão do serviço

“quem faz a gestão das pessoas não percebe que estamos a fazer uma coisa importante, estamos a lidar com vidas e quando alguma coisa corre mal (...) tem que se integrar as pessoas de forma decente, porque não é o nome dos ferros que interessa, dos instrumentos cirúrgicos, aqui interessa é conhecer a cirurgia e cada vez se assiste mais às pessoas que estão no gabinete porem as pessoas a instrumentar sem perceberem passos cirúrgicos. Então, passamos a ser auxiliares... do médico, e não é isso.” (E9)

e “Eu acho que há coisas que se facilitam neste serviço que não podem ser facilitadas. E aproveito para dizer que acho mesmo uma falta de responsabilidade algumas distribuições, como elas são feitas. Principalmente na equipa de urgência” (E9).

- falta de enfermeiros “e se calhar também agora falta de pessoal (...) esse é o maior problema. É não haver gente para integrar toda a gente ao mesmo tempo” (E11)

- colmatar a falta de elementos com enfermeiros em integração

“existe falta de pessoal fecha-se uma sala (...) estamos constantemente a remediar... não se remedeiam pessoas, não se remedeiam cuidados e aqui assiste-se a isso. (...) Se não há enfermeiros suficientes, se aquela pessoa não está há tempo suficiente e integrada, a sala fecha” (E9)

- sentimento do enfermeiro quando falta alguém e tem que retroceder *“a pessoa que está a ser integrada, sente-se muito mal...” (E7),*

“muitas vezes havia falta de elementos e era preciso voltar ao recobro para reorganizar a equipa, uma vez que já estava integrada em anestesia, quando era necessário voltava ao passo atrás (...) É óbvio que quebra a integração e para além disso desmotiva. Cada vez que te sentes mais confiante, se te vão buscar para um posto em que já estás integrada, é porque afinal não estás capaz” (E10)

e *“eu acho que não devia acontecer, mas claro que se não há outra solução (...) tive que continuar a contar no recobro, sim” (E12).*

- avaliação do processo de integração

“Nem há avaliação de aquisição de conhecimentos e competências por parte de alguém que tem que o fazer (...) por muito que não goste de ser avaliada, porque é sempre uma situação desconfortável... eu preciso que alguém veja o que eu estou a fazer. E veja se estou a fazer bem ou mal, que faça a avaliação e me diga... Mas isto ninguém faz... Ou faço comportamentos errados ou então pronto...” (E7)

e *“eu vi essa folha no recobro (...) só no recobro” (E9).*

As principais formas encontradas para superar as dificuldades descritas, passam na instrumentação, pela *“ajuda dos colegas e com algum estudo em casa quando é possível (...) ficar mais tempo na valência (...) ficar mais tempo acompanhada” (E8).*

As principais sugestões dadas pelos elementos entrevistados pertencentes ao grupos dos enfermeiros em integração passam por aumentar o tempo de integração e que este fosse um período contínuo, havendo um enfermeiro gestor responsável pelas integrações dos elementos do serviço

“Gostava de estar mais tempo acompanhada, mesmo na própria instrumentação, acho que se entrarem uma vez connosco e a seguir entrar eu sozinha é muito mau, passas por um stress que eu acho que é desnecessário, poe os cirurgiões em stress, que também é desnecessário” (E8),

“era importante haver um gestor de enfermagem (...) um responsável pela integração das pessoas (...) alguém com quem falar, o bloco tem um ambiente stressante e se calhar partilhar as nossas dúvidas e os nossos medos (...) o que estamos a sentir em relação aos colegas e às integrações” (E9)

“Essencialmente que houvesse disponibilidade da parte do serviço (...) para conseguirmos ter uma integração que fosse contínua” (E11).

Da equipa de gestão, um dos elementos entrevistados referiu que uma das principais dificuldades que teve quando estava em integração foi *“a localização dos materiais. Saber o sítio das coisas (...) saber dar resposta a tudo aquilo que é solicitado em termos na sala em termos de materiais”* (E14). Foram referidas algumas dificuldades inerentes ao serviço, como seja o facto de algumas valências cirúrgicas não estarem presentes no bloco operatório diariamente *“são valências que vêm cá três vezes por semana em que precisam de ter pessoas integradas mas que depois tu não consegues manter a pessoa só naquela valência, porque nos outros dias a pessoa tem que estar noutra sítio qualquer”* (E14), e à semelhança do que foi referido nos grupos anteriores, a falta de tempo *“para integrar pessoas que fiquem relativamente bem integradas”* (E14) bem como o facto de haver necessidade de colmatar falta de elementos com enfermeiros em integração *“cada vez que há necessidade de alterar pessoal de sala, tem que se ir buscar e, portanto, há uma interrupção, estamos sempre a interromper”* (E13).

No que diz respeito aos horários a cumprir por parte dos elementos em integração e seus integradores a opinião dos elementos que se encontram em integração não são unânimes, há elementos que consideram que só manhãs é limitador *“não precisa de ser só manhãs (...) devia fazer o horário da pessoa que está a integrar”* (E9), *“é essencial que a pessoa faça muitas manhãs seguidas, para perceber a dinâmica (...) um, dois, três meses. Mas depois também acho importante fazer o resto”* (E7) e outros que julgam ser essencial só fazer manhãs de forma a conferir mais estabilidade aos processos de integração *“durante esses primeiros seis meses de integração ter sempre o mesmo horário (...) esta rotatividade de horários também não dá grande estabilidade”* (E10). Quanto ao fazer tardes a opinião geral é que quebra os processos de integração *“há dias em que temos que fazer tardes e nas tardes não há tantas cirurgias e nomeadamente na valência X é raro termos prolongamento, que é onde eu estou a iniciar a integração”* (E11).

Os integradores, pelo papel que desempenham no processo de integração são uma peça chave e por vezes as exigências que lhes são feitas a vários níveis são muito elevadas. Os enfermeiros integradores são os responsáveis de valência com todas as atividades inerentes à função como seja a gestão de materiais e equipamentos, da sala operatória, tornando-se por vezes um peso o facto de ainda ter de integrar os colegas recém chegados à valência cirúrgica

“causa-me um bocadinho de transtorno o por vezes o que se exige aos elementos integradores e que são esses integradores que são os elementos de referência de cada uma das especialidades. (...) o que se exige hoje em dia dos elementos integradores, eu acho que é um trabalho muito, muito substancial.

Porque são os segundos responsáveis de valência, acho que estão muito sobrecarregados. Como temos sempre 1001 tarefas, nem sempre conseguimos dar a atenção que as pessoas precisam na mesa. Ou na mesa ou na anestesia.” (E1),

“Um esforço acrescido, muito grande. Fazeres integração a dois elementos em simultâneo. (...) Que haja tempo também (...) estás na sala, estás a fazer integração e é a pressão dos timings, do tempo da sala entre uma cirurgia e a outra, a preparação do material e equipamento, das respostas a “n” coisas em simultâneo” (E3) e

“Neste momento há muitas integrações e o pessoal começa a ficar farto, e ao fim da segunda, terceira pessoa, já... qualquer coisa... vai aí e procura... eu tento que não seja assim, mas às vezes chateia um bocado” (E4).

Os integradores sentem-se desmotivados por não ser tomada em consideração a avaliação que fazem dos processos de integração que lideram

“a motivação dos integradores reduziu drasticamente. As pessoas estão sem paciência, porque para já, também estão a formar pessoas a toque de tambor, com um prazo muito curto. (...) É pedido às pessoas que façam uma integração aos novos elementos, no entanto, independentemente da avaliação que os integradores façam, se o serviço considerar que é tempo da pessoa saltar fora e ir para outra valência, o que se sobrepõe é a decisão da chefia e isso desmotiva os integradores” (E6)

A opinião dos integradores é que as integrações pioraram, ao longo do tempo até à atualidade
“Piorou! É que... é pior que piorou... Não existe... (...) todos os dias estou com pessoas diferentes (...) depois são integradas com pessoas que estão pouco integradas” (E4),

“neste momento nas integrações há uma maior pressão para que as pessoas sejam integradas mais rapidamente (...) há menos possibilidade de ter um elemento extra para quem está em integração não ficar sozinho (...) não há um acompanhamento do processo em si. (...) não existem objetivos específicos, não há metas para atingir, a pessoa está integrada ou não está, não podemos dizer que ela está parcialmente integrada, ou seja, a pessoa não se pode propor a ela a atingir determinados objetivos porque ela não sabe que objetivos é que estão subjacentes ao processo de integração (...) muitas vezes quem integra não tem uma palavra a dizer sobre o processo. As pessoas vão sendo integradas e poder-se-ia alterar alguma coisa a meio do caminho, mas isso não sucede.” (E5)

Para os integradores há que apostar nos novos elementos que serão o futuro do serviço

“o primeiro ano de integração em bloco operativo (...) e no exercício profissional (...) deve ser o ano em que se deve dar maior aposta a esse profissional (...) o futuro do serviço vai depender desse novo elemento (...) vai ser a cara futura do serviço e (...) deve-se apostar se queremos um bom serviço, se queremos ter um serviço que esteja no topo. (...) É uma mais valia também para as pessoas ficarem

mais motivadas para o seu exercício profissional (...) apostar nos recursos humanos é certamente uma mais valia para o sucesso desse serviço e acho que extraordinariamente importante” (E3)

Para os elementos que se encontram em integração a opinião que têm sobre os integradores divide-se “*Nem sempre são as pessoas melhor escolhidas. (...) Há pessoas que não são muito recetivas*” (E7) e “*acho que há muita disponibilidade. Os nossos colegas têm sido impecáveis*” (E11). Referem que um integrador único no processo de integração seria benéfico

“Acho que ficar sempre com a mesma pessoa ajuda imenso (...) ela sabe o que já te explicou (...) Acho que devíamos estar sempre com as mesmas pessoas quer seja de anestesia, a circular ou até mesmo a instrumentar, porque até ganhas uma confiança com a pessoa e depois ficas mais à vontade para perguntar.” (E8)

2.2.2. O cumprimento dos planos de integração

O Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz tem sete planos de integração (um para cada valência cirúrgica, um para o recobro e outro para a equipa de roulement). Todos eles foram realizados por enfermeiros do serviço, a grande maioria pelos responsáveis de cada valência no âmbito do curso de complemento de formação em Enfermagem (4º ano que confere equivalência a Licenciatura).

Ao questionar os elementos da equipa de coordenação sobre a avaliação que se faz dos atuais planos de integração, conclui-se que atualmente já não há tanta falta de elementos no BOC, no entanto, nem todos se encontram integrados e capazes de dar resposta positiva às necessidades do serviço e que os planos de integração existentes não têm sido seguidos

“nomeadamente um guia de integração. Está feito mas não é seguido, e se calhar precisa de ser revisto, de ter ali outras melhorias. (...) Estamos a piorar essencialmente pela falta de tempo. Pela falta de gente que temos. Neste momento temos números mas as pessoas não estão integradas. Temos pessoas que estão qui há dois, três anos, e que têm o recobro e uma valência cirúrgica, no máximo duas o que se torna insuficiente mesmo depois para dar resposta às necessidades do serviço, nos prolongamentos, nas urgências.” (E14),

“Relativamente aos integradores, também é assim, é verdade que não estão a ser entregues os planos de integração (...) temos que tentar melhorar essa situação” (E13).

Ao colocar a mesma questão aos elementos do grupo de integradores verifica-se que os planos existentes não se conseguem cumprir mas que têm que existir, pois servem de guias de orientação, mas não estão a ser usados nas integrações na atualidade

“nós sabemos perfeitamente que não conseguimos cumpri-los, porque o serviço não permite que as coisas sejam assim, quase que se espera que as pessoas sejam integradas o mais rápido possível. (...) funcionam como guias de orientação (...) e se calhar também não lho damos a conhecer para a pessoa também não ficar presa (...) têm que existir” (E1)

Relativamente aos planos de integração nem todos os enfermeiros do serviço conhecem a sua existência e na sua grande maioria os que conhecem não lhes foi apresentado o plano das várias valências cirúrgicas. Os enfermeiros entrevistados que fazem parte do grupo de elementos em integração referem *“nem sabia que havia (...) nem nunca mos mostraram” (E9), “Não, de integração não” (E11)*

“Na valência X e no recobro deram-me a conhecer o dossier. (...) Na outra valência não houve plano, não houve papel, não houve discussão de plano de integração nenhuma não houve nada (...) acho que está muito errado, (...) não houve um plano do que é que vamos fazer (...) isso tem a ver com o facto de não haver uma pessoa que ficasse comigo.” (E7),

“Deram-me no recobro (...) eu acho que na valência Y, passado bastante tempo de lá estar, mandou-me qualquer coisa para o email, que nunca fizemos” (E8), “Das várias valências confesso que não. Conheço o do recobro” (E10) e “Muito especificamente não. (...) Vi o do recobro” (E12).

No entanto, no grupo dos enfermeiros integradores, quando questionados se dão a conhecer aos novos elementos o programa de integração, as respostas dividem-se entre a positiva *“Sim, normalmente sim” (E2), “Sim, sim” (E4) e “Sempre” (E6)* e a negativa *“Neste momento nem sempre. Devia...!” (E1), “Tentei fazê-lo mas não se consegue (...) Ultimamente não o tenho feito, porque é impossível, não se consegue (...) Já fiz isso, mas ultimamente não” (E3), e “Habitualmente não dou a conhecer o plano de integração (...) não tenho controlo sobre o plano de integração. (...) Quem define os timings não sou eu enquanto elemento (...) integrador” (E5).*

A grande maioria dos elementos em integração não foram avaliados de acordo com a grelha existente no plano de integração *“inclusivamente preenchi um plano de avaliação. Nunca ninguém quis saber da minha avaliação, as cruzinhas, o que eu preenchi lá no plano (...) ninguém me pediu nada, ninguém me disse nada!” (E7).*

Quando questionados sobre a forma como os planos de integração podem ajudar os novos elementos nas suas integrações, os enfermeiros entrevistados pertencentes ao grupo dos elementos em integração, a grande maioria referiu ser importante a sua existência

“porque orienta um bocadinho o percurso e dá para perceber o que é que até hoje já devem ter feito e daqui a um mês o que devem ter evoluído, dá para ter uma noção que quem não sabe nada não consegue ter (...) isso tem que ser na prática, porque dizer só para o papel e preencher um papel é a mesma coisa que nada.” (E7),

“Eu acho que sim. Que é muito importante (...) Até para tu veres o que é que ainda te pode faltar (...) para teres uma noção dos conhecimentos que tens e que deves adquirir” (E8),

“Eu acho que vale a pena existirem, claro. Mas são meramente indicativos, isso depende muito das circunstâncias, da pessoa ou do tipo de cirurgias que surgem (...) a pessoa pode ir lendo e pode perceber em que fase é que está e o que é que precisa ainda de desenvolver. No que é que precisa de insistir” (E10),

“Acho que é importante para se saber o que é que é esperado de nós (...) os objetivos” (E12).

Relativamente ao nível de cumprimento do plano de integração os elementos da equipa de integração referem de forma unânime que não conseguem cumprir *“Não consigo cumprir” (E1), “A gente nem sequer sabe quem é que está em integração... como é que eu vou seguir um plano? (...) eu nem sequer sei que eles estão a meu cargo” (E4) e*

“Não consigo conciliar isso, (...) o tipo de doentes que aparecem, trazem novas oportunidades, portanto eu não consigo controlar a ordem dos passos. Por outro lado, não consigo cumprir os tempos porque tenho frequentemente pessoas que estão em integração que se faltar um elemento às vezes vão para a sala para substituir um outro e, portanto, há pessoas que a integração delas foi feita em 15 dias ou 3 semanas, não sendo esses dias sequer seguidos” (E6).

Uma das razões para o incumprimento dos planos de integração são as dinâmicas do serviço. Motivada pela falta de elementos da equipa de enfermagem e com o elevado índice de absentismo, por vezes há necessidade de reorganizar a distribuição dos enfermeiros, havendo por vezes necessidade de alterar as posições dos elementos em integração

“A pessoa quando vai para a sala pode estar dois dias de integração e depois é preciso ir para outro lado... vai, depois sai (...) não é só uma integração que dura pouco tempo, como também é uma integração intercalada. (...) é interrompida várias vezes” (E1)

A opinião geral dos entrevistados sobre os *timings* dos planos de integração é que não são exequíveis, não estando adaptados às atuais realidades do Bloco Operatório Central e às

necessidades dos enfermeiros em período de integração, face ao tipo de cirurgias efetuados diariamente seja em período de urgência ou em cirurgias eletivas. Como se pode verificar pelas respostas dos enfermeiros integradores *“mesmo que nós tentássemos seguir nós não conseguíamos (...) os timings lá pedidos não são exequíveis. Nós não temos os programas operatórios de acordo com os timings da integração, não é?”* (E1), *“Não sigo (...) há passos e timings que a pessoa já passou à frente e há outros que precisam de mais tempo (...) não tem que haver um plano rígido (...) cada pessoa é uma pessoa que tem que se adequar”* (E2), *“têm que ser planos de fácil execução, com objetivos que sejam atingíveis, na prática isso é muito complicado (...) esse plano de integração é muito taxativo (...) fazer aqueles timings é extraordinariamente difícil”* (E3),

“integração numa especialidade que só tem dois ou três dias por semana, querer fazer em três meses, implica (...) 36 dias se formos para os três meses (...) noutra especialidade que tenha cirurgias todos os dias e eventualmente até prolongamento, nos três meses vai ter muito mais oportunidades. Esta baliza de um mês pode ser discutível” (E5)

Os enfermeiros em integração referem *“Eu acho que esse timing não está bem”* (E8) e *“Compreendo que se é preciso mais tempo também facilitam”* (E12).

É atribuída especial importância aos objetivos em detrimento dos *timings* nos planos de integração, tal como referem os elementos em integração

“Acho que em objetivos a atingir e não tanto focado no tempo” (E7) e

“Deve ser por objetivos adquiridos até porque eu posso adquirir mais rápido ou mais devagar do que um colega meu. (...) Cada um tem o seu timing. Eu acho que é errado e aconteceu isso comigo foi o timing proposto. São três meses e eu estive três meses na valência nem mais um bocadinho. E não atingi os objetivos. Não tive acesso ao plano de integração, mas para mim, daquilo que eu sabia, os objetivos não estavam cumpridos. Saí com a sensação de faltar ainda muita coisa (...) estava tudo muito vago” (E8)

Os elementos entrevistados referem sentir que existe uma grande pressão nas integrações no sentido de ser tudo muito rápido. Os elementos integradores referem *“É uma integração à pressão. (...) Nós não conseguimos dar um ambiente tranquilo (...) a pressão em cima de nós também é muita”* (E1),

“Existe essa pressão para que as coisas sejam feitas mais rapidamente em termos de integração. E eu não considero isso só por si negativo. Aquilo que eu acho é que deviam existir esses objetivos a cumprir, essas metas para atingir, para determinada pessoa ser considerada integrada fosse por mim, pela pessoa B, ou pela pessoa C.” (E5).

A equipa de coordenação refere *“queremos sempre que andem mais depressa, “despachem-se lá com isso que estou a precisar de vocês já ali”, não é?”* (E13)

Ao questionar os enfermeiros sobre a existência de um plano de integração único, se seria benéfico ou não, as respostas foram positivas, referindo que *“Sim, com uns anexos ou algumas especificidades”* (E4), *“Tem que haver uma que seja transversal (...) a pessoa quando muda não volta à estaca zero”* (E6), *“começa pelos princípios básicos e depois se está naquela especialidade são aqueles objetivos daquela especialidade”* (E7), *“Sim, faz-me mais sentido (...) um mais geral com as diversas especificidades de cada valência (...) para ser posto em prática ou depois ninguém o usa que é o que acontece”* (E8), *“Como eu não conheço bem os planos (...) não consigo avaliar (...) se calhar faz sentido existir um tronco comum e depois as especificidades para cada especialidade”* (E10) e *“Penso que seria a melhor opção”* (E13).

Relativamente às reuniões periódicas entre enfermeiro Chefe, integrador e elemento em integração, todos os elementos referiram que eram reuniões muito importantes mas que não se fazem, verbalizando os integradores que

“Eu acho que era fundamental ver como é que a pessoa se sente no fim de cada etapa. Não é: “tens um mês para te integrares”. Pronto... estejas ou não estejas. Haver reunião periódica para as pessoas dizerem as dificuldades que estão a ter, o que é que se deve insistir mais. (...) Esse diálogo não existe” (E2),

“auscultar verdadeiramente as pessoas que estão no terreno, e ouvir o que as pessoas dizem que isso é muito importante (...) se não levamos a sério o que as pessoas nos transmitem, acabam por desistir de verbalizar” (E3). Os elementos em integração referem que *“Comigo nunca (...) se houve alguma entre a integradora e a chefe foi sempre sem mim.”* (E7), *“Nunca fiz nenhuma (...) mas fazia-me muita falta dizerem-me (...) “se calhar aqui devias estar mais atenta”... porque tu não sabes”* (E8), *“Só no recobro fiz uma avaliação com a enfermeira C (...) não tive uma reunião”* (E9) e *“nunca tive nenhuma reunião dessas”* (E11). Os elementos da equipa de coordenação são da opinião que as reuniões são importantes, referindo ainda que

“O ser com o chefe é mais aquela presença da responsabilização, (...) mas o importante mesmo é com o integrador. O próprio fazer a sua auto-avaliação (...) há este ou aquele posto que tem que ser melhorado, temos que investir mais aqui ou além. Relativamente ao chefe, é importante o chefe saber (...) em que timings é que estamos, até porque há uma expectativa em relação aos elementos e dada a grande necessidades que temos deles” (E13),

“Nós aqui acabamos por ter algum feedback das pessoas que estão a acompanhar as integrações, mas torna-se insuficiente e mesmo para quem está a ser integrado acho que a pessoa se sente mais acompanhada com estas reuniões por parte da chefia” (E14).

Relativamente à dúvida de quem decide se o elemento em integração está apto para avançar na valência cirúrgica ou mudar de valência, os elementos integradores referem *“Eu nem percebo quem é que estabelece se eles estão integrados, se não estão... Não faço ideia (...) às vezes as pessoas dizem “Ah, já acabei a integração! Ai já acabaste? Ummm...! Está bem”” (E2),*

“Nem nos foi perguntado se a pessoa (...) ela está integrada? Não. Há pessoas que passaram lá meia dúzia de vezes e que não estão integradas. (...) E eu disse que essa pessoa não sabe fazer a cirurgia mais básica que entra cá de urgência. E disseram-me “Ah não, mas está integrada!” (...) e nem sequer voltaram a pôr lá” (E4)

“Se o serviço considerar que é tempo da pessoa saltar fora e ir para outra valência, o que se sobrepõe é a decisão da chefia (...) alguém decidiu que ele está integrado, alguém que nunca viu o percurso nem pediu o feedback da avaliação... e essa pessoa desaparece dali e vai ser integrada noutro sítio (...) independentemente da pessoa cumprir ou não minimamente os objetivos” (E6)

Já os elementos da equipa de integração referiram que *“Foi a enfermeira integradora (...) passaram os três meses estipulados pela chefe” (E7),*

“A mim não me perguntaram nada nunca (...) nem me informaram, vi que estava lá (...) vais ao plano e vês amanhã afinal estou a circular. Já não estou de anestesia, mas ninguém te perguntou se te sentias à vontade para. (...) Quando passas para a valência Z e vês que estás acompanhada percebes que se calhar começaste a integração” (E8),

“Assumiram no gabinete que eu tinha integração na valência Z (...) o que vai acontecer? (...) ou tenho a sorte da circulante saber o meu percurso (...) ou começa alguém a gritar a dizer que eu não quero instrumentar. (...) Isso leva a mais baixas” (E9).

Por outro lado relativamente à dúvida se o integrador foi informado que o enfermeiro vai iniciar a integração na valência, os integradores referem que *“Nem sequer é dito nada. Aparece lá o elemento (...) vou integrando porque a pessoa está ali para ser integrada (...) não sei como é que a chefe chega à conclusão que estão integrados” (E2), “Nem sequer é feito no início (...) “Este elemento vai ficar agora na valência, vai ficar contigo”, nem isso é feito. (...) nem que vai ser integrado, nem que vai ser retirado (...) é o próprio elemento que diz “Agora acho que venho fazer a integração aqui” (E3),*

“Eu nem sequer sei que elas vão para integração (...) e nem sequer nos perguntam se já está integrado, nunca nos perguntam nada, nas últimas pessoas que por lá passaram. (...) Eu pergunto à pessoa “Olá vieste para aqui? Vais começar a integração?” Acho que sim, já ontem estive aqui... amanhã também vou estar, portanto acho que estou a fazer integração”” (E4)

“Não há essa distinção, ou pelo menos eu não sinto que haja, embora depois as pessoas se identifiquem mais com uma pessoa ou com outra e satisfaçam dúvidas mais com essa, mas não existe essa definição de que aquele é alguém que debes usar como referência para a integração” (E5)

Um dos elementos da equipa de coordenação refere *“se calhar não se está a dizer concretamente “Está aqui fulano para ser integrado” mas a verdade é que na distribuição estão sempre distribuídos” (E13).*

Por fim, no que diz respeito às sugestões de melhoramento dos planos de integração, os elementos da equipa de integradores sugerem:

- apresentação do integrador ao elemento em integração *“sugerir precisamente que nos vão entregar a pessoa e nos digam o que é que pretendem (...) que depois haja reunião para saber se a pessoa (...) pode passar (...) diga as dificuldades que está a sentir, para o outro conseguir ajudar” (E2)*
- tempo extra para as integrações *“ou é dado um tempo extra de meia hora ou uma hora para o integrador e quem está em integração ficarem juntos, para mostrar o plano de integração e para falar ou então não se consegue” (E3)*
- execução de um plano único baseado em objetivos *“um plano único (...) uma pessoa não pode avançar para outra especialidade sem ter cumprido os objetivos da anterior” (E4)*
- aumentar o número de enfermeiros no serviço *“Para haver um plano de integração e ele ser exequível, tem que haver pessoas, para que as pessoas possam se integradas. (...) A nível do recbro existe um plano (...) muito bem traçado e não há elementos para fazer cumprir esse plano” (E6).*

As sugestões de melhoria dos planos de integração dos elementos em integração passa por:

- disponibilidade para integrar *“as pessoas estarem mais disponíveis para integrar os outros (...) sugiro que sejam escolhidas as pessoas com mais perfil para isso. E avaliar a pessoa” (E7)*
- existência de reuniões periódicas *“avaliações entre o chefe, a pessoa que está responsável por essa pessoa, e que deve estar com essa pessoa realmente e que está em integração (...) antes de se fazerem as distribuições tem que se olhar para os planos” (E9)*

- importância do horário *“As cirurgias eletivas (...) de manhã (...) era muito importante termos um colega mais velho, com mais experiência que estivesse mais afeto a nós”* (E11)
- equipa de enfermagem com mais elementos *“Existir o número de elementos necessário para permitir que as integrações sejam feitas de modo contínuo”* (E12)

Relativamente aos elementos da equipa de enfermagem estarem integrados em todas as valências cirúrgicas e recobro, dúvida que frequentemente se coloca no serviço, ou se pelo contrário deviam estar mais afetos a uma ou outra valência, sendo peritos nessas áreas onde ficam distribuídos mais vezes, a opinião dos elementos da equipa de coordenação é que os responsáveis de valência deverão permanecer afetos à valência cirúrgica que coordenam, mas os restantes elementos da equipa de enfermagem devem ter integração em todas as restantes valências cirúrgicas existentes no BOC

“Nós temos pessoas específicas, nomeadamente as responsáveis e as corresponsáveis ou as segundas responsáveis, essas sim devem ficar mais direcionadas, as restantes pessoas não dá... não é viável, porque com as integrações que nós temos e com a necessidade que nós temos nos prolongamentos e mesmo nas situações de urgência, não dá para tu teres uma terceira pessoa ou uma quarta pessoa também só fechada, afeta aquela sala, não é? Porque acaba também por te limitar só ali àquela especialidade e eu acho que isso deve acontecer só com os responsáveis. Os outros elementos não. Acho que devem ter uma experiência das outras valências todas. (...) De manhã sim, faz-me sentido estar uma responsável mais afeta, uma ou duas responsáveis, mesmo para algumas dinâmicas que o serviço exige em termos de material, agora o resto das pessoas, acho que elas têm que circular pelas outras valências e pelo recobro” (E13)

2.2.3. A importância dos manuais na integração dos enfermeiros

Relativamente à importância que os manuais representam na integração dos novos elementos no bloco operatório central e ao questionar se conhecem o manual de procedimentos existente no serviço e se costumam consultá-lo, a opinião geral é que conhecem. O grupo de enfermeiros integradores refere consultar esporadicamente *“Eu acho que é essencial. Acho que se calhar eles até utilizam menos do que aquilo que deviam utilizar”* (E1), *“Conheço, por vezes uso, até mesmo para colocar material nos carros de circulante, quando tenho alguma dúvida sobre os materiais”* (E5). O grupo de elementos em integração é da mesma opinião *“Já consultei algumas vezes (...) e muitas vezes ajuda, tens dúvidas, não sabes como é que se faz, não sabes o material todo, vais ao procedimento e acho que ajuda bastante (...) ajudou-me porque o consulto algumas vezes”* (E8). A

opinião da equipa de coordenação é que já foi mais utilizado, mas que é útil *“Acho que se calhar já foi mais consultado, apesar de haver pessoas ainda a consultarem o manual e eu própria também já lá fui buscar procedimentos para ver determinada especialidade”* (E14).

As circunstâncias em que o manual de procedimentos é consultado são essencialmente na véspera *“No planeamento da cirurgia no dia anterior”* (E10), quando surgem dúvidas na preparação do material necessário para a cirurgia que se vai efetuar *“Nas valências que estou menos. Cada vez que é necessário fazer uma cirurgia menos usual... maioritariamente para ver o material que usam mais, porque o material está sempre em evolução”* (E2), quando há dúvidas na técnica cirúrgica *“Sim, mais para fazer o carro e para a técnica, as duas coisas.”* (E8) e na prestação de cuidados pós operatórios no recobro *“também alguns cuidados quando estava no recobro, dos cuidados pós operatórios”* (E12).

No que diz respeito às principais dificuldades encontradas na sua consulta, o facto de levarem os procedimentos após a sua consulta *“já me aconteceu várias vezes, quando vou à procura dessa folha (...) não está lá a folha (...) alguém foi consultar e ficou com isso”* (E3), saber em qual dos dossiers se encontra o procedimento pretendido *“É saber em que dossier está... São três”* (E4), *“Às vezes quero determinado procedimento cirúrgico, sei que ele foi feito e às vezes não o encontro”* (E5), o facto de não estarem feitos uniformemente, segundo determinada ordem

“Nem sempre os procedimentos estão uniformes, apesar de já haver uma base, os procedimentos não são transversais (...) o que torna difícil às vezes a leitura e a interpretação dos mesmos (...) a leitura não é fácil e quando a pessoa vai à procura, habitualmente em situações que precisa: para agora, dificulta um bocadinho a consulta” (E6).

Outro dos pontos referidos é o facto de haver poucos procedimentos e por vezes não estarem atualizados *“Acho que não há muitos procedimentos (...) não está focado exatamente aquilo que eles vão fazer na cirurgia (...) tem que ser o mais adequado com o que se faz aqui. (...) Ou desapareceram ou então não estão impressos, não sei”* (E7), *“Alguns estão um bocado desatualizados, há cirurgias que faltam”* (E9).

Quanto aos problemas referidos na execução dos procedimentos, a equipa de enfermeiros integradores refere essencialmente que os procedimentos são feitos pelo livro e não de acordo com a realidade do bloco operatório *“Os procedimentos são feitos pelo livro, não quer dizer que seja o que se passa cá no Egas”* (E2), por vezes são feitos por pessoas que nunca viram a cirurgia, apenas porque faz parte dos objetivos traçados pela equipa coordenadora

“faz parte do objetivo da chefe do serviço e, portanto, a pessoa que está a fazer o procedimento nem sequer viu aquela cirurgia à frente, mas faz o procedimento. Que não é procedimento daqui... É um qualquer que viu... pronto... viu por aí” (E2)

E finalmente por vezes os responsáveis de valência desconhecem a existência do procedimento efetuado *“os responsáveis das valências nem sequer sabem que havia aquele procedimento feito (...) a chefe decreta (...) por vezes são de cirurgias que não se fazem cá” (E2)*

Quanto à equipa de enfermeiros em integração o principal problema referido na execução dos procedimentos, passa pelo pedido da chefia no sentido de serem eles a fazer o procedimento, inerente ao facto de terem muitas dúvidas *“pedir-me a mim para fazer um procedimento (...) não seria o mais adequado (...) eu não sei a mesma coisa que a pessoa que está lá que é responsável de valência, que está lá todos os dias” (E7)* e por outro lado referem que os procedimentos não deveriam ser feitos por uma única pessoa *“os procedimentos nunca deveriam ser feitos sozinhos. (...) Falo o procedimento, peço à pessoa que está responsável de valência para ver (...) e a responsável de valência perdeu por duas vezes o meu procedimento (...) acho falta de respeito” (E9).*

Os procedimentos estão disponíveis para consulta não só em suporte de papel, como online através da intranet. A equipa de coordenação considera importante que os procedimentos continuem a existir em suporte de papel *“Sim, sempre” (E13)*. Nem todos os elementos entrevistados sabem que estão disponíveis online *“Estão na intranet? Eu nem sabia que estavam disponíveis” (E5), “Eu ouvi-te noutra dia dizer que estavas a introduzir qualquer coisa online, mas nunca pesquisei (...) não consultei, não sabia e soube por mero acaso por ti” (E8).*

Existem algumas dificuldades na introdução dos procedimentos online *“temos o constrangimento de ser só uma pessoa a colocar e para o centro hospitalar todo. (...) Acho que a Direção de Enfermagem já pôs a hipótese de serem eles próprios, a direção ou o secretariado da direção a fazer a colocação” (E13)*, para além da dificuldade no acesso aos procedimentos que estão na intranet *“Muito difícil o acesso, a consulta... nem sempre se consegue aceder... Esses de todo... eu não uso mesmo!” (E2), “tem que ser uma coisa rápida, não, não está” (E3), “já andei à procura e não encontro” (E4), “Primeiro encontrá-lo. Principalmente no acesso à intranet, no qual, de todo, não acho que seja um acesso fácil (...) já a cirurgia acabou e a pessoa ainda está à procura do manual de procedimentos” (E6) e “Costumo usar mais o suporte de papel” (E10)*. A equipa de coordenação refere

“não é fácil aceder (...) efetivamente o acesso não é muito fácil. (...) Se calhar facilitaria fazer a digitalização daqueles procedimentos, colocar num ficheiro e ter esse ficheiro acessível a todas as pessoas para que todas as pessoas em casa o pudessem consultar. (...) para cirurgias do dia seguinte

(...) mesmo em casa poderiam ter acesso a essa informação e se calhar aí a consulta seria mais fácil do que estar aqui a folhear dossiers.” (E13).

Relativamente à importância atribuída à execução de vídeos com os principais passos das diversas cirurgias efetuadas no BOC, a opinião geral dos entrevistados é positiva, havendo ainda muitas dúvidas, referindo *“Só experimentando e vendo a utilidade que pudesse ter. No fundo é um procedimento em vídeo” (E1), “Desde que fosse a técnica que eles usam cá (...) aí acho que sim” (E2),*

“Eu já tinha falado nisto e pôr de acesso ao computador, mas na altura não foi muito bem aceite (...) Isso é o futuro. (...) É completamente diferente, porque fica a imagem, cria mais impacto, em termos de visualização é muito mais atrativo. E acho que em termos de memória também. (...) por outro lado gastas menos papéis (...) é uma forma de diminuir os custos” (E3),

*“Eu não sei se eles a ser consultados, nós aqui também não temos grande tempo. (...) Em casa não tens intranet (...) Onde o pessoal estuda é em casa” (E4), “Acho que poderia facilitar. Dois ou três vídeos por especialidade dentro desse modelo, mas não creio que seria imprescindível (...) não tenho experiência sobre isso” (E5), “Isso seria fantástico se existisse!” (E6), “Eu acho que sim, numa época de informática, não faz sentido que haja papel” (E7), “Eu acho que isso ia ajudar imenso (...) isso era o ideal, pelo menos para mim (...) é mais fácil de assimilar” (E8), “Acho que sim. Isso é uma ideia interessante (...) muito mais facilitador da aprendizagem” (E9), “Eu acho que poderia ser ma boa ideia. Poderia ajuda” (E10), “Sim. Noutra instituição onde já trabalhei existia, nomeadamente na montagem dos equipamentos e isso era muito bom (...) nós tínhamos um vídeo e então era tudo muito mais rápido” (E11) e “Acho que sim” (E12). A opinião da equipa de coordenação é também positiva *“Isso era fantástico (...) isso seria uma ajuda fantástica. (...) Não estou a dizer para as mais simples (...) mas se calhar há uma cirurgia ou duas por valência que são aquelas que têm maior peso dentro daquilo que é a nossa produção” (E13), “Eu acho que valia a pena. (...) Acho que era uma mais valia para o serviço” (E14).**

Quanto às principais dificuldades encontradas nos vídeos, são referidas a forma como seriam produzidos *“para nós fazermos isso tínhamos que pedir ao gabinete de audiovisuais, porque nós não sabemos fazer processamento de imagem” (E1),* bem como o facto de terem que ser revistos com muita frequência devido ao constante avanço na medicina *“Acho que teria um período de vida muito curto, porque as cirurgias, o instrumental, os procedimentos estão sempre a mudar (...) íamos ter que estar sempre a mudar os vídeos” (E6), “Isso é um bocadinho como os procedimentos que têm que ser revistos de três em três anos. Mas se calhar o vídeo teria que ser mais vezes” (E13) e*

“as técnicas cirúrgicas mudam à velocidade da luz, aparecem-nos sempre materiais novos, às vezes a abordagem cirúrgica de determinado cirurgião não é a mesma que o outro da outra equipa (...) não sei se será assim uma mais valia. (...) A consulta era mais eficaz no manual do que através do vídeo” (E14).

III – Dispositivo de formação

1. Caracterização dos destinatários

O dispositivo de formação destina-se aos enfermeiros que compõem a equipa fixa e de roulement, ao universo de enfermeiros do bloco operatório central do Hospital de Egas Moniz, sendo essencialmente dirigido aos novos elementos que iniciam funções no serviço, aos elementos que iniciam as integrações nas várias valências cirúrgicas no decurso do seu percurso profissional e aos enfermeiros integradores que também participam no processo de integração dos diversos elementos da equipa de enfermagem.

2. Finalidades e objetivos da aprendizagem

A presente proposta formativa tem como objetivo dotar os enfermeiros do bloco operatório central do Hospital de Egas Moniz das competências essenciais quer ao nível do desempenho como da comunicação e do comportamento no decurso das funções desempenhadas na sua profissão.

O seu principal objetivo é facilitar o processo de integração dos novos enfermeiros, de modo a realizarem uma rápida adaptação ao bloco operatório.

Tem como objetivos específicos:

- Promover a partilha de informação que favoreça a aquisição de competências necessárias ao desempenho das novas funções do enfermeiro em integração;
- Ajudar o enfermeiro em integração a consciencializar-se do seu papel como membro do serviço, das suas responsabilidades, deveres e direitos;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional do elemento em processo de integração;
- Contribuir de forma positiva para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- Proporcionar ao elemento em integração informações sobre a estrutura, dinâmica e normas que regem o bloco operatório;
- Facilitar o processo de integração aos elementos diretamente envolvidos – integrador e elemento em integração;
- Conseguir a melhor integração possível no menor espaço de tempo possível;

- Ajudar o elemento em integração a consciencializar-se da sua contribuição, para o alcance da finalidade comum a todo o pessoal;
- Favorecer a uniformização de procedimentos;
- Ajudar no esclarecimento de dúvidas e na orientação da execução das ações;
- Proporcionar um clima de confiança ao enfermeiro em processo de integração.

3. Plano de integração de enfermeiros no Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz

Para que estes objetivos se concretizem é necessário definir estratégias, assim:

- Os elementos a integrar na valência de cirurgia geral devem estar escalados em horário fixo (de 2ª a 6ª feira das 08h as 16:00h), na sala de cirurgia geral e como supranumerário;
- Existir um ou mais enfermeiros responsáveis pela integração do novo elemento;
- O enfermeiro integrador deve ter a seu cargo apenas um integrando de cada vez;
- Realizar uma entrevista inicial de forma a obter informações sobre a experiência profissional, expectativas, dúvidas e receios do integrando;
- Facultar ao integrando o curso de integração à instituição efetuado pelo centro de formação do Hospital Egas Moniz, a fim de conhecer o meio, organização e filosofias da instituição;
- Pensar que cada integrando tem um carácter, motivação e tempo próprio para a sua integração;
- Familiarizar o integrando com o ambiente do bloco operatório, apresentando a equipa e transmitindo as orientações necessárias para o desempenho das funções;
- Facilitar a participação do novo elemento em atividades específicas como ações de formação e consulta de manuais de serviço que respondam às suas necessidades e contribuam para o enriquecimento da sua aprendizagem;
- Proporcionar momentos periódicos de avaliação de forma a individualizar a orientação onde o integrando possa expressar dúvidas, colocar questões e dar sugestões, assim o integrando sentir-se-á encaminhado, motivado e a progredir na sua formação;

- Proporcionar o preenchimento de fichas de avaliação por cada fase do programa, com base nas quais se decidirá se o integrando passará ou não à fase seguinte;
- Incentivar o preenchimento do documento de avaliação relativo ao período de integração pelo integrando no sentido de verificar a eficácia do programa de integração e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de outros enfermeiros;
- O período de integração não deverá ser nem muito demorado nem muito curto, sendo diferente de enfermeiro para enfermeiro e de acordo com as necessidades e objetivos a alcançar.
- De acordo com o que anteriormente foi referido, o enfermeiro estará integrado na valência de cirurgia geral quando o mesmo for capaz de prestar cuidados de enfermagem intra-operatórios com eficácia e eficiência de acordo com a situação de saúde de cada utente/família.
- A avaliação da eficácia do programa de integração não termina poucos dias após terminar o processo de integração do novo enfermeiro. É necessário manter o contacto com o processo de adaptação deste, havendo regularmente contactos entre ambas as partes, constituindo estes ótimas oportunidades de verificar a eficácia do programa de integração que foi estabelecido. Como refere AZEVEDO (1996, p.20), *“durante os primeiros meses exige reuniões periódicas entre o integrador e o integrando para verificar a eficácia do programa de integração”*.

Assim, os programas de integração devem existir em todos os serviços e serem considerados como instrumento de comunicação permitindo a uniformização de procedimentos e linguagem, sendo um documento dinâmico com necessidade de constante atualização.

1º DIA / SOCIALIZAÇÃO AO SERVIÇO

OBJECTIVOS	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO INTEGRADOR	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO EM INTEGRAÇÃO
❖ Conhecer a estrutura física do serviço.	<p>Realizar uma entrevista de forma a obter informações sobre a experiência profissional, expectativas, dúvidas e receios do integrando;</p> <p>Apresentação à equipa presente;</p> <p>Condução da visita ao serviço fazendo referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Circulações definidas em áreas de maior ou menor restrição de pessoal, utentes e materiais; - Zonas de transfer diferenciados para utentes, pessoal e materiais; - Salas operatórias e URPA; - Ocupação das salas por valência cirúrgica; - Salas de apoio como arrecadações, arsenal cirúrgico, consumo clínico e farmácia; - Gabinete de enfermagem, da enfermeira chefe e do secretariado; - Copa, sala de pausa e de refeições; - Carro de emergência e carro de pediatria; - Portas de saída de emergência. <p>Dar a conhecer a dinâmica, objetivos e métodos de trabalho desenvolvidos no serviço;</p> <p>Explicar as funções e atividades desenvolvidas pelos enfermeiros;</p> <p>Facultar a consulta do programa de integração de enfermeiros no BOC.</p>	<p>Colabora na entrevista respondendo às questões colocadas;</p> <p>Visita guiada ao serviço, onde demonstra interesse;</p> <p>Coloca questões e dúvidas;</p>

1ª FASE – ACTIVIDADES INERENTES À ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO

Duração: _____

Tempo Previsto: De **1 a 2** Dias

Data de Início: ____/____/____

Data de Fim: ____/____/____

Objetivo geral: Conhecer a Estrutura e Organização do bloco operatório

OBJECTIVOS	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO INTEGRADOR	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO EM INTEGRAÇÃO
❖ Conhecer a estrutura física e organizacional do bloco operatório	Mostrar a localização das salas operatórias no BOC; Mostrar a sala de apoio e a sala de indução anestésica bem como o material aí existente; Explicar onde se encontra o material afeto às cirurgias no arsenal cirúrgico e no consumo clínico; Explicar e mostrar o circuito de material limpo e sujo.	Escuta e observa atentamente; Conhece os locais dos diferentes materiais e seu circuito no BOC; Descreve a estrutura física e organizacional da sala; Coloca questões e dúvidas.
	Explicar que o pedido do doente seguinte é solicitado ao piso antes da cirurgia em curso terminar e quando o cirurgião o informar; Explicar a distribuição dos tempos operatórios; Fazer referência ao modo como se faz a divisão dos enfermeiros para as refeições.	Escuta atentamente e observa como se realiza o pedido dos doentes para virem para o bloco; Conhece os tempos operatórios incluindo prolongamentos; Coloca questões e dúvidas.
❖ Conhecer os elementos da equipa multidisciplinar que integram a equipa de enfermagem, assistentes operacionais e médicos	Apresentar o diretor de serviço; Apresentar os cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e assistentes operacionais que se encontram a desempenhar funções no BOC	Escuta atentamente e de forma interessada; Conhece e identifica as equipas cirurgias.

❖ Conhecer o manual de procedimentos do BOC	Mostrar a localização dos manuais de procedimentos; Facultar a consulta dos manuais; Facultar bibliografia do BOC essencial para a sua integração.		Escuta e observa atentamente; Observa e consulta os manuais de procedimentos; Demonstra interesse em consultar outra bibliografia; Coloca questões e dúvidas.	
❖ Conhecer a articulação com os vários serviços do hospital.	Explicar como se faz a articulação com os serviços de imagiologia, anatomia patológica, laboratórios e internamentos; Mostrar a localização da lista com os principais telefones dos vários serviços.		Escuta e observa atentamente; Conhece e faz a articulação com os vários serviços; Coloca questões e dúvidas.	
❖ Analisar o trabalho desenvolvido.	Orientação e esclarecimento de dúvidas: - Preparação para a fase seguinte.		Reunião com a enfermeira integradora; Reflexão sobre as situações vivenciadas; Preenche avaliação informativa	
❖ Faz visita guiada pela integradora ao Serviço de Esterilização do HEM	Conhecer as principais atividades desenvolvidas no serviço de esterilização Conhecer a equipa de assistentes operacionais e as enfermeiras coordenadoras do serviço		Escuta e observa atentamente; Coloca questões e dúvidas;	

2ª FASE – ACTIVIDADES INERENTES À FUNÇÃO DE ENFERMEIRO DE ANESTESIA

Duração: _____

Tempo Previsto: De 2 a 3 Meses

Data de Início: __/__/__

Data de Fim: __/__/__

Objetivo Geral: Desenvolver Funções Como Enfermeiro de Anestesia.

OBJECTIVOS	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO INTEGRADOR	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO EM INTEGRAÇÃO
❖ Acolher o doente no BOC.	Conhecer as funções atribuídas ao enfermeiro de anestesia; Preparar a sala operatória para receber o doente; Ter conhecimento da cirurgia e técnica anestésica através da consulta do programa operatório e da consulta de anestesia; Sempre que possível colaborar na transferência do doente para a marquesa operatória com o auxílio da Assistente operacional; Realizar o acolhimento do doente tratando-o pelo nome e identificando-se; Confirmar o jejum e existência de próteses ou outros adornos; Receber o processo, exames complementares de diagnóstico e toda a informação relevante acerca do doente;	Consulta os manuais de serviço e bibliografia fornecida; Colabora na preparação da sala operatória; Observa e atua de acordo com o programa operatório; Observa e colabora no acolhimento do doente dando-lhe apoio psicológico; Valida a identificação, o jejum, a presença de próteses e a existência de alergias; Pesquisa o processo e confirma a existência dos exames complementares de diagnóstico;

OBJECTIVOS	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO INTEGRADOR	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO EM INTEGRAÇÃO
	<p>Ter conhecimento da patologia do doente através da consulta do processo, do registo da visita pré-operatória e do registo da consulta de anestesia;</p> <p>Proporcionar tanto quanto possível um ambiente calmo e tranquilo;</p> <p>Tornar o doente o mais confortável possível proporcionando uma temperatura adequada através da colocação de lençóis quentes;</p> <p>Explicar e proceder à monitorização do doente e cateterismo da veia periférica.</p>	<p>Proporciona um ambiente calmo e tranquilo;</p> <p>Observa e colabora na monitorização e cateterização da veia periférica;</p> <p>Coloca questões e dúvidas.</p>
❖ Conhecer os diferentes tipos de anestesia.	<p>Verificar a existência de todo o material de anestesia, comprovando com <i>check list</i>;</p> <p>Explicar o que é a anestesia;</p> <p>Explicar os diferentes tipos de anestesia, geral, loco regional e local;</p> <p>Explicar os fatores que influenciam a escolha do tipo de anestesia.</p>	<p>Efetua o <i>check list</i>;</p> <p>Escuta atentamente as explicações;</p> <p>Compreende os diferentes tipos de anestesia e factores condicionantes da sua escolha;</p> <p>Consulta bibliografia que lhe permite solidificar os conhecimentos na área da anestesia;</p> <p>Coloca questões e expõe dúvidas.</p>
❖ Conhecer a acção e interacção dos fármacos utilizados em anestesia.	<p>Explicar a organização do carro de anestesia;</p> <p>Explicar o tipo de fármacos utilizados, sua acção, mecanismos de interacção e preparação;</p> <p>Explicar e mostrar quais os fármacos de urgência, sua acção, mecanismo de interacção e preparação;</p> <p>Explicar e mostrar a necessidade de controlo de estupefacientes e sua divisão pelas salas operatórias;</p> <p>Fomentar o seu registo em impresso próprio;</p>	<p>Observa e colabora na preparação de fármacos;</p> <p>Conhece a acção e interacções dos fármacos;</p> <p>Realiza os registos de estupefacientes;</p> <p>Escuta atentamente e coloca dúvidas;</p>
❖ Conhecer o funcionamento	Explicar o funcionamento do monitor cardíaco, capnógrafo,	Lê os manuais dos equipamentos necessários à

de todo o material necessário à anestesia.	oxímetro, pressão arterial não invasiva e invasiva; Explicar o funcionamento do ventilador, sua calibração, desmontagem e esterilização; Explicar o funcionamento do aspirador; Explicar o funcionamento das seringas de perfusão contínua e dos aquecedores de fluidos; Explicar o funcionamento do cabo de laringoscopia;		anestesia; Observa atentamente e percebe o funcionamento do monitor e seus parâmetros; Observa atentamente e percebe o funcionamento do ventilador e aspirador; Observa o funcionamento e localização de material de perfusão e aquecimento de fluidos;	
	Explicar o funcionamento da marquesa operatória e seus posicionamentos de acordo com as várias cirurgias; Mostrar o local dos fármacos mais usados e a farmácia; Mostrar a localização do carro de urgência e seu funcionamento; Preparar e testar todo o material e equipamento necessário à anestesia: - Monitor; - Ventilador; - Aspirador; - Cabo de laringoscopia; - Tubo endotraqueal.		Conhece as diferentes marquesas operatórias, a articulação dos acessórios e manuseio do painel de posicionamentos; Observa e colabora na verificação e preparação de todo o material necessário à anestesia; Coloca questões e dúvidas;	
❖ Colaborar com o anestesista durante a indução, manutenção e no acordar da anestesia.	Preparar e administrar os fármacos anestésicos solicitados pelo anestesista; Colaborar com o anestesista na indução anestésica, entubação endotraqueal e manutenção da anestesia; Explicar as várias fases da anestesia geral: - Indução, entubação, manutenção e extubação.		Colabora na preparação e administração de fármacos; Observa e colabora na indução e manutenção da anestesia geral;	
	Colocar a mesa para anestesia loco regional, cateter central e pressão arterial caso seja esta a anestesia selecionada; Explicar e preparar todo o material para a anestesia loco regional;		Observa e colabora na colocação de mesa de apoio à anestesia; Observa e colabora na anestesia loco regional e sua manutenção;	

	<p>Explicar e colaborar no posicionamento do utente para a anestesia loco regional;</p> <p>Colaborar com o anestesista na anestesia loco regional e sua manutenção;</p> <p>Explicar e preparar todo o material para a anestesia local;</p> <p>Explicar e colaborar no posicionamento de uma anestesia local;</p> <p>Efetuar a vigilância de parâmetros monitorizados;</p> <p>Explicar e assistir ao anestesista no acordar da anestesia.</p>		<p>Observa e colabora na anestesia local e sua manutenção;</p> <p>Vigia os parâmetros vitais do utente;</p> <p>Observa e colabora na manutenção e vigilância da anestesia;</p> <p>Coloca questões e dúvidas.</p>	
❖ Estar atento à prevenção de erros e acidentes para o utente e equipa.	<p>Confirmar os dados de identificação do utente, cirurgia e local a intervencionar de forma a prevenir erros.</p> <p>Assegurar a permeabilidade das vias parentéricas;</p> <p>Assegurar a ventilação do utente;</p> <p>Colaborar com a restante equipa no posicionamento adequado do utente;</p> <p>Zelar pela integridade física do utente através do uso correto das placas e aparelhos elétricos;</p> <p>Manter a permeabilidade de cateteres e verificar o funcionamento de drenagens e penso operatório.</p>		<p>Escuta e observa atentamente;</p> <p>Observa e colabora com a equipa cirúrgica no posicionamento do utente;</p> <p>Coloca questões e dúvidas.</p>	
❖ Efectuar registos de enfermagem.	Realizar registos intra operatórios em folha própria sobre o tipo de anestesia, analgesia, intercorrências, material de implante e hemoderivados.		<p>Observa e colabora nos registos intra operatórios;</p> <p>Coloca questões e dúvidas.</p>	
❖ Colaborar na transferência do utente para a UCI, URPA ou internamento.	<p>Colaborar na transferência do doente da marquesa para a cama;</p> <p>Acompanhar o utente até à URPA.</p>		<p>Observa e colabora na passagem do doente para a cama;</p> <p>Acompanha o doente à URPA.</p>	

❖ Transmitir informações orais e escritas permitindo a continuidade dos cuidados.	Transmitir toda a informação relevante, como antecedentes, alergias, tipo de cirurgia, anestesia complicações, intercorrências e ações de enfermagem realizadas no intra operatório.		Escuta atentamente o tipo de informações transmitidas; Colabora e participa na transmissão de informação.	
❖ Reorganizar a sala operatória e proceder à sua reposição.	Orientar a assistente operacional para a limpeza arrumação e desinfecção da sala; Arrumar e repor a sala de forma a poder funcionar.		Colabora na arrumação e reposição da sala.	
❖ Avaliar os conhecimentos já adquiridos.	Participar na reunião com a Enfermeira Chefe; Avaliar esta fase; Responder às questões e dúvidas que o integrando manifeste; Preparar a fase seguinte.		Reunião com a Enfermeira Chefe, enfermeira integradora e o elemento em integração; Análise e reflexão sobre os conhecimentos já adquiridos; Identificação das dificuldades e necessidades sentidas; Avaliação desta fase através do preenchimento do instrumento de avaliação	

3ª FASE – ACTIVIDADES INERENTES À FUNÇÃO DE ENFERMEIRO CIRCULANTE

Duração: _____

Tempo Previsto: De 2 a 3 meses

Data de Início: __/__/__

Data de Fim: __/__/__

Objetivo Geral: Desenvolver Funções Como Enfermeiro Circulante.

OBJECTIVOS	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO INTEGRADOR	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO EM INTEGRAÇÃO
❖ Verificar o programa operatório e planejar cuidados.	Explicar as funções do enfermeiro circulante; Colaborar com a restante equipa na preparação do material necessário para a realização das intervenções cirúrgicas tendo em conta o manual de serviço, a técnica cirúrgica, o cirurgião, e o tipo de utente.	Revela interesse em desenvolver competências na área; Observa e colabora na preparação do material necessário para as intervenções cirúrgicas, após consulta prévia do programa operatório; Coloca questões e dúvidas.
❖ Verificar as condições de funcionamento da sala.	Preparar a sala com todo o equipamento necessário há cirurgia: - Verificar a limpeza, temperatura, humidade, luzes, funcionamento do sistema de exaustão de gases e grelhas de ventilação da sala; - Testar e explicar o funcionamento dos aparelhos necessários (eletrobisturi, pantoff, aspirador, ultracision, ligasure, trolley de endoscopia e de laparoscopia e a existência de CO2 para pneumoperitoneu), microscópio, aparelho de laser, etc.;	Observa e escuta atentamente as explicações e percebe a forma de estabelecer contacto telefónico com técnico de ar condicionado; Escuta, observa e colabora na verificação do funcionamento dos aparelhos necessários há cirurgia; Coloca questões e dúvidas.

❖ Preparar o material necessário para a cirurgia.	Explicar qual a composição do carro de circulante e da mesa cirúrgica de acordo com a cirurgia; Verificar a disponibilidade do material cirúrgico como caixas de ferros, material de laparoscopia, implante e suturas.		Observa e colabora na verificação da existência das caixas cirúrgicas no arsenal cirúrgico e armário de material de laparoscopia; Coloca questões e dúvidas.	
❖ Colaborar no posicionamento do utente.	Providenciar o material de apoio necessário para o posicionamento como rolos, lençóis, sogas, almofadas, perneiras e suportes de marquesa operatória; Colaborar com a restante equipa no posicionamento do doente, sob o comando do anestesista, atendendo á localização da cirurgia e a eventuais patologias do doente que o possam condicionar; Explicar os vários posicionamentos sendo o decúbito dorsal com ou sem prolongamento de cabeça, litotomia, banco de jardim, decúbito ventral, etc.; Orientar o integrando para a consulta de bibliografia sobre posicionamentos;		Colabora na seleção de material de acordo com o posicionamento a efetuar; Observa e colabora no posicionamento; Escuta atentamente as explicações; Consulta bibliografia;	
	Colocar a placa de elétrodo neutro tendo em atenção a localização desta, de acordo com a cirurgia e condições do doente como integridade da pele, proeminências ósseas e zona muscular; Ajustar as luzes, mesas de instrumentos e procede à ligação dos aparelhos.		Observa e colabora na colocação da placa, na ligação e ajustamento de aparelhos; Coloca questões e dúvidas.	
❖ Colaborar com enfermeiro de anestesia.	Colaborar com o enfermeiro de anestesia no acolhimento do doente; Verificar que a marquesa está preparada de acordo com a intervenção; Colaborar no transporte do doente para a sala operatória; Colaborar com o enfermeiro de anestesia na indução		Escuta e colabora no acolhimento do doente; Compreende a necessidade de marquesas diferente para cirurgias diferentes; Participa no transporte e colocação da marquesa na sala operatória; Promove o trabalho em equipa, colaborando com	

	anestésica; Colaborar com o enfermeiro de anestesia na transferência para a URPA, UCI ou serviço.		o enfermeiro de anestesia.	
❖ Colaborar com o enfermeiro instrumentista.	Abrir o material estéril de forma ordenada e usando técnica asséptica; Explicar e mostrar a forma de abertura das diferentes embalagens com técnica asséptica e referir que sempre que esta seja quebrada se deve comunicar e começar tudo de novo; Ajudar a vestir a equipa cirúrgica; Fazer as ligações de materiais e equipamentos entre o campo estéril e o não estéril; Fazer a contagem de compressas, cortoperfurantes e instrumental cirúrgico em impresso próprio; Respeitar e fazer respeitar a técnica asséptica durante todo o procedimento cirúrgico; Relembrar ao integrando a forma de se movimentar na sala; Fornecer o material para a colocação de drenagens e execução de penso operatório; Explicar e mostrar a preparação das peças anatómicas e produtos providenciando a identificação, acondicionamento e envio aos respetivos laboratórios; Reforçar os cuidados a ter com o material de laparoscopia e endoscopia.		Observa a abertura de material estéril para a mesa operatória e entende a importância da ordem de abertura; Escuta atentamente e compreende a importância do controle de infeção Observa, compreende e participa na adaptação e ligação entre o campo estéril e não estéril Observa e colabora na contagem do instrumental cirúrgico e compressas fazendo os respetivos registos; Observa e colabora na receção das peças operatórias, protocolo e envio aos laboratórios e /ou anatomia patológica; Escuta e observa como executar o acondicionamento do material de laparoscopia e endoscopia; Escuta e coloca questões.	
❖ Promover na equipa a disciplina e cumprimento da técnica asséptica.	Explicar e tentar manter o silêncio na sala; Manter as portas fechadas e limitar a entrada e passagem pela sala;		Observa, escuta e coloca dúvidas; Compreende a importância de relatar eventuais quebras na técnica asséptica.	

	Vigiar e comunicar quebras da técnica asséptica por parte da equipa; Manter a sala limpa e arrumada.			
❖ Vigiar situações de urgência durante a intervenção.	Agir rapidamente, nas situações de emergência (hemorragia, paragem cardíaca, falha de dispositivos médicos); Relembrar o local e funcionamento do carro de urgência.		Observa e compreende todos os procedimentos de atuação dos elementos da equipa face a situações de emergência.	
❖ Colaborar na transferência do doente.	Transmitir ao enfermeiro de anestesia informação relevante para acrescentar no instrumento de registo intra operatório; Colaborar na transferência do doente para a cama da URPA, UCI ou internamento prestando atenção às drenagens.		Observa e colabora na transferência para a cama da URPA, UCI ou internamento. Escuta atentamente e compreende a importância da informação transmitida.	
❖ Reorganizar a sala e preparar o material para próxima cirurgia.	Proceder à arrumação, reposição e verificação da funcionalidade da sala para a cirurgia seguinte; Preparar o carro de circulante para a cirurgia seguinte.		Observa e colabora na preparação da sala para a cirurgia seguinte; Coloca questões e dúvidas.	
❖ Avaliar os conhecimentos já adquiridos.	Participar na reunião com a Enfermeira Chefe; Avaliar esta fase; Responder às questões e dúvidas que o integrando manifeste; Preparar a fase seguinte.		Reunião com a Enfermeira Chefe, enfermeira integradora e elemento em integração; Análise e reflexão sobre os conhecimentos já adquiridos; Identificação das dificuldades e necessidades sentidas; Avaliação desta fase através do preenchimento do instrumento de avaliação	

4ªFASE – ACTIVIDADES INERENTES À FUNÇÃO DE ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA

Duração: _____

Tempo Previsto: De **2 a 3** Meses.

Data de Início: __/__/__

Data de Fim: __/__/__

Objetivo Geral: Desenvolver Funções Como Enfermeiro Instrumentista.

OBJECTIVOS	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO INTEGRADOR	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO EM INTEGRAÇÃO
❖ Colaborar com os colegas no acolhimento do doente.	Participar no acolhimento do doente, dando-lhe apoio psicológico; Colaborar na escolha dos acessórios necessários para a respetiva cirurgia.	Observa e colabora no acolhimento e transferência do doente para a marquesa cirúrgica.
❖ Conhecer o programa operatório e material específico solicitado para cada intervenção.	Consultar o programa operatório e confirmar a existência do material solicitado para a realização das cirurgias.	Observa e escuta as apreciações do instrumentista; Colabora na confirmação e preparação do material necessário.
❖ Providenciar o material e verificar a disponibilidade deste para a cirurgia.	Colaborar com o enfermeiro circulante na preparação do carro de circulante; Colocar o material necessário para a cirurgia na sala operatória; Mostrar os instrumentos cirúrgicos, seus nomes e localização no arsenal cirúrgico, bem como os nomes das caixas de instrumental e seu conteúdo;	Consulta o manual de cirurgia geral sempre que necessário; Colabora na preparação de material para as cirurgias mais específicas; Acompanha os movimentos do integrador;
	Supervisionar a colocação do material solicitado para a cirurgia na sala operatória; Conhecer o material necessário para a realização das diferentes cirurgias.	Identifica o material específico necessário às cirurgias e sabe onde se encontra no BOC; Coloca questões e dúvidas.
❖ Abrir os campos cirúrgicos com técnica asséptica.	Efetuar a abertura da trouxa cirúrgica; Descrever e explicar os passos efetuados durante a abertura e justifica-os.	Escuta e observa atentamente; Colabora na abertura das trouxas cirúrgicas.

❖ Realizar corretamente a lavagem cirúrgica das mãos.	Explicar conceitos importantes sobre infecção cirúrgica; Explicar e demonstrar a lavagem das mãos e antebraços conforme o procedimento do serviço.		Escuta e observa atentamente; Executa o procedimento conforme preconizado pela PPCIRA. Coloca questões e dúvidas.	
❖ Vestir a bata cirúrgica e calçar as luvas cirúrgicas com técnica asséptica.	Descrever quais as funções da bata, luvas e campos cirúrgicos na prevenção da infecção para os profissionais e utentes; Explicar e exemplificar o procedimento de vestir a bata e luvas com técnica asséptica.		Escuta atentamente as explicações fornecidas; Veste a bata e calça as luvas com técnica asséptica.	
❖ Dispor de forma organizada os instrumentos cirúrgicos na mesa.	Proceder à preparação das mesas cirúrgicas de acordo com cada intervenção; Justificar a ordem e localização dos instrumentos nas mesas cirúrgicas; Mostrar cada instrumento cirúrgico e classifica-los em corte, apreensão, hemostase e afastadores; Explicar e exemplificar a necessidade da verificação do funcionamento e integridade de cada instrumento; Explicar que a utilização dos instrumentos só deverá ser utilizada para o fim destinado; Explicar o porquê da contagem dos instrumentos cirúrgicos antes e depois da cirurgia; Explicar e mostrar a importância da manutenção da mesa cirúrgica arrumada e com os instrumentos limpos de matéria orgânica.		Observa atentamente a preparação e colocação das mesas operatórias; Escuta atentamente todas as informações transmitidas e consulta bibliografia de suporte; Realiza a colocação de mesa operatória; Procede às contagens de material com a colaboração do enfermeiro circulante; Mantém a mesa de forma organizada durante toda a cirurgia; Escuta atentamente e coloca dúvidas.	
❖ Conhecer os dispositivos médicos e de sutura, usados no BOC.	Explicar as diferentes suturas e aplicações de cada uma, calibre, origem, propriedades e a diferença entre os diversos tipos de agulhas, relevando a importância do local a serem utilizados.		Escuta, observa e manuseia atentamente o material; Conhece e identifica os diferentes tipos de suturas.	

❖ Conhecer os procedimentos de vestir os cirurgiões e colocação de campos estéreis.	Explicar e demonstrar a técnica de vestir a bata e calçar as luvas aos cirurgiões com técnica asséptica; Mostrar e explicar os diferentes campos operatórios de acordo com o tipo de cirurgia a realizar; Exemplificar a colocação de campos estéreis.		Observa e escuta atentamente; Executa o procedimento mantendo a técnica asséptica; Conhece os diferentes campos operatórios, identificando os mais usados no BOC; Seleciona a roupa cirúrgica correta de acordo com a cirurgia a realizar.	
❖ Conhecer as regras de movimentação da equipa cirúrgica na sala.	Explicar que a equipa desinfectada está limitada à área estéril da sala; Ter as áreas esterilizadas (mesas e a campos sempre sob visão); Relembrar os cuidados na manutenção da técnica asséptica cirúrgica, e comunicar quando se verificarem quebras.		Escuta e observa atentamente; Comunica quebras na técnica asséptica por parte de algum membro da equipa cirúrgica; Coloca questões e dúvidas.	
❖ Conhecer os tempos operatórios de forma a antecipar-se ao cirurgião.	Explicar a importância de seguir e acompanhar o desenrolar das cirurgias; Conhecer os tempos operatórios de modo a solicitar material específico antecipadamente; Identificar as necessidades do cirurgião, antecipando-as se possível.		Observa e escuta atentamente; Coloca questões e dúvidas relativamente às fases cirúrgicas; Solicita antecipadamente material específico à Enfermeira circulante; Descreve e conhece as fases cirúrgicas e qual o material a usar selecionando-o na mesa antes do cirurgião o solicitar, verbal ou não verbalmente.	
❖ Conhecer a técnica de passagem de instrumentos ao cirurgião.	Explicar e demonstrar a forma de dar os diferentes instrumentos cirúrgicos ao cirurgião, nomeadamente as lâminas e agulhas; Explicar e demonstrar como segurar nos instrumentos cirúrgicos; Explicar o porquê de usar as duas mãos na entrega e recolha dos instrumentos manuseando-os de forma suave mas com firmeza.		Escuta e observa atentamente; Utiliza a técnica de campo neutro para material corto- perfurante; Segura e disponibiliza o material ao cirurgião corretamente; Manuseia o material cirúrgico com ambas as mãos.	

❖ Transmitir noções essenciais de segurança para o utente e equipa.	Explicar o cuidado a ter no uso e manuseio de material cortante; Explicar e demonstrar a forma de colocar e retirar lâminas do cabo de bisturi;		Escuta e observa atentamente as explicações; Observa e exercita a colocação de lâminas;	
	Explicar e exemplificar a montagem de agulhas nos porta agulhas; Explicar as vantagens de uso de campo neutro no manuseio das lâminas; Explicar a importância da colocação da placa de eletrobisturi, e sua integridade; Alertar a equipa para posicionamentos de risco; Explicar e demonstrar a forma correta de efetuação das adaptações elétricas; Explicar a necessidade do uso de protetores oculares e aventais conforme as cirurgias o impliquem.		Observa e exercita a montagem de suturas no porta agulhas; Observa e coloca a placa obedecendo às regras; Observa e faz as adaptações essenciais ao funcionamento do material indispensável à intervenção cirúrgica (aspiradores, eletrobisturi, ultracision, ligasure e ligações laparoscópicas ou endoscópicas, microscópios, aparelhos de laser); Utiliza e alerta para a importância do uso de material protetor para toda a equipa; Consulta bibliografia sobre o assunto.	
❖ Fazer a contagem de compressas, cortoperfurantes e instrumentos cirúrgicos.	Explicar a importância da contagem das compressas e instrumentos cirúrgicos conforme indicado no procedimento do serviço; Proceder com o enfermeiro circulante à contagem inicial, intermédia e final de material.		Realiza a contagem; Procede à contagem de material no início e final da cirurgia ou quando substituído por outro elemento e sempre que necessário.	
❖ Conhecer o procedimento correcto na realização de pensos operatórios.	Explicar e demonstrar a realização de pensos operatórios com e sem drenagem;		Escuta e observa atentamente; Coloca questões e dúvidas;	
	Explicar a importância da manutenção da assépsia até terminar o penso.		Faz a limpeza da sutura, secagem e colocação de penso simples ou compressivo conforme solicitado pelo cirurgião.	
❖ Fornecer ao enfermeiro circulante peças anatómicas ou material para análise.	Explicar e demonstrar qual o recipiente adequado para o produto a receber; Explicar e demonstrar o acondicionamento das peças,		Observa e escuta atentamente; Coloca questões e dúvidas; Identifica os vários tipos de frascos, e sabe como	

	conservação e envio para os respectivos laboratórios; Mostrar as diferentes requisições e livros de protocolos de acordo com o laboratório, como registrar as peças e seu envio;		se acondicionam, conservam e enviam as peças anatômicas aos respectivos serviços de destino (laboratório central, anatomia patológica, exames extemporâneos); Sabe e cumpre o procedimento de identificação das peças anatômicas e seu protocolo.	
❖ Retirar o material usado da mesa operatória.	Explicar a importância da separação de resíduos; Explicar e demonstrar a separação de material; Colocar o material usado reutilizável para seguir para a descontaminação em recipiente próprio e providenciar o seu envio imediato à descontaminação.		Diferencia os diversos contentores de resíduos conforme a classificação dos lixos; Faz a separação nos diferentes contentores, e conhece a sua localização na sala; Retira todo o material e acondiciona-o em recipiente próprio e envia-o para a descontaminação.	
❖ Colaborar na transferência do utente da marquesa cirúrgica para a cama	Colaborar com a restante equipa na transferência e acompanhamento do doente para a cama.		Observa atentamente; Colabora na transferência do doente para a cama tendo em atenção as drenagens existentes.	
❖ Colaborar na reorganização da sala operatória.	Supervisionar a higienização da sala e a funcionalidade dos equipamentos; Repor a sala; Preparar a sala para a cirurgia seguinte.		Observa a sala cuidadosamente; Verifica o estado de arrumação e limpeza; Procura o material em falta e repõe a sala; Prepara a sala para a cirurgia seguinte.	
❖ Avaliar os conhecimentos já adquiridos.	Participar na reunião com a Enfermeira Chefe; Avaliar esta fase; Responder às questões e dúvidas que o integrando manifeste; Fornecer ao integrando a ficha de avaliação de todo o programa de integração.		Reunião com a Enfermeira Chefe, enfermeira integradora e elemento em integração; Análise e reflexão sobre os conhecimentos já adquiridos; Identificação das dificuldades e necessidades sentidas; Avaliação desta fase através do preenchimento do instrumento de avaliação do programa de integração	

4. Avaliação da qualidade do plano de integração

Serão feitas avaliações das várias fases por que o novo elemento passou: enfermeiro de apoio à anestesia, circulante e instrumentista, não esquecendo a avaliação da fase de observação, bem como do próprio programa de integração, da seguinte forma:

1 – Nada Adequado; 2 – Pouco Adequado; 3 – Indiferente; 4 – Adequado; 5 – Muito Adequado;

ITENS DO PROGRAMA	ESCALA
O programa de integração foi adequado às suas expectativas?	1__2__3__4__5__.
Como considera a organização por fases do programa?	1__2__3__4__5__.
Considera que os conteúdos do programa foram adequados?	1__2__3__4__5__.
A metodologia utilizada pelo integrador foi a adequada?	1__2__3__4__5__.
Como foi o empenho do integrador para dar resposta às suas necessidades?	1__2__3__4__5__.
O tempo preconizado para cada atividade foi suficiente?	1__2__3__4__5__.
Como sentiu o apoio e disponibilidade da equipa de enfermagem no percurso de integração?	1__2__3__4__5__.
Como considera o instrumento de avaliação após cada fase?	1__2__3__4__5__.

Terminando com uma questão aberta em que o elemento em integração dá sugestões de melhoria.

Conclusão

Nos dias que correm, o desempenho profissional competente requer um saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos através da formação e da experiência prática. Segundo Rodrigues (2006, p.39) “a prática é concebida como o lugar de aplicação de conhecimento, (...) o lugar onde se contextualiza o questionamento da prática e também da teoria, e ainda, um lugar com potencial para a produção de conhecimento” levando os elementos em integração à aprendizagem e ao desenvolvimento profissional e pessoal.

A prática reflexiva permitiu-me analisar de forma crítica os principais problemas e de maior complexidade relacionados com a integração de enfermeiros no bloco operatório central, de modo a desenvolver actividades que fossem ao encontro das reais necessidades do serviço e colmatassem as lacunas existentes.

Relativamente à formação profissional desenvolvida no bloco operatório central do Hospital de Egas Moniz, essencialmente a relacionada com a integração de novos elementos no serviço, ou as demais integrações nas diversas valências cirúrgicas, concluiu-se que a aquisição de competências essencial para o desempenho de cuidados de qualidade ao doente cirúrgico é influenciada negativamente pelo curto espaço de tempo definido.

Da mesma forma, a falta de profissionais no serviço, a entrada em simultâneo de vários elementos da equipa de enfermagem sem integração em bloco operatório, a pouca importância atribuída à opinião dos enfermeiros integradores relativamente ao processo de integração em que se encontram envolvidos, e a elevada exigência em termos de atividades que lhes é feita diariamente aliado ao facto de não serem feitas reuniões periódicas entre os três elementos do processo de integração que permitem dar a conhecer o posicionamento do enfermeiro que se encontra a fazer integração, no seu percurso de aquisição de competências, entre outros fatores, faz com que haja dificuldades nos processos de integração. Essas dificuldades surgem por parte dos enfermeiros integradores e em processo de integração e é confirmada pelos elementos da equipa de coordenação que se encontram recetivos à mudança em termos de melhoria de todo o processo identificado.

Foi através das notas de campo, das conversas formais e informais, mas essencialmente através das entrevistas semi estruturadas efetuadas aos enfermeiros integradores, elementos em integração e enfermeiros da equipa coordenadora, que fiquei a conhecer as principais dificuldades existentes no processo de integração e que me permitiram trabalhar as três grandes áreas desse processo de formação no serviço.

O conhecimento das dificuldades sentidas no processo de integração, do cumprimento dos planos de integração e da importância dos manuais na integração dos enfermeiros, permitiram que fosse remodelado o programa de integração de enfermeiros no bloco operatório central, com a criação de um único plano que fosse mais abrangente e simultaneamente tivesse as especificidades de cada valência cirúrgica. Da mesma forma está a ser trabalhado o manual de procedimentos existente no serviço, não só em suporte de papel como online e o início da execução de vídeos com os passos das principais cirurgias que se efetuam no serviço, através do envolvimento de vários elementos da equipa de enfermagem.

Foi para mim bastante enriquecedor o trabalho desenvolvido, tendo-me permitido trabalhar uma área que para mim tem elevado valor, a área da formação e especificamente da formação profissional. Foi um grande desafio, essencialmente por ser um tema que há muito tem sido referido como problemático por parte do grupo profissional de enfermeiros de uma maneira geral e especificamente dos enfermeiros envolvidos nos processos de integração no bloco operatório central.

Espero ter conseguido melhorar substancialmente a forma como se procede à integração de enfermeiros e que em breve se consiga dar continuidade à execução de manuais de formação com os procedimentos em suporte de papel, online e se dê início à execução dos vídeos. Esse será um projeto que envolve todo o serviço não só em termos de equipa de enfermagem mas também de cirurgiões e anestesistas, o que será um desafio que pretendo abraçar.

Bibliografia

- Abreu, W. (1996). *Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros: Subsídio para um Estudo Ecológico da Formação em Contexto de Trabalho Hospitalar*. Lisboa: VI Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE.
- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- AESOP (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidata, Lda.
- Afonso, N. (2005). *Investigação Naturalista em Educação: um guia prático e crítico*. Porto: Coleção Foco. Asa Editores.
- Albuquerque, V. (2007). *A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde*. Revista Brasileira de Educação Médica.
- Almeida, A & Alves, N. *A formação profissional nas empresas portuguesas: entre a tradição e os desafios da competitividade*. II Simposium Nacional de Formação e Desenvolvimento Organizacional pp. 121-136.
- Almeida, J. et al (2008). *Estruturas e práticas de formação profissional das médias e grandes empresas em Portugal*. Lisboa: VI Congresso Português de Sociologia. Mundos sociais, saberes e práticas.
- Assad, L. & Viana, L. (2003). Saberes práticos na formação do enfermeiro. Brasília: *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(1), 44-47.
- Backes, D. et al (2008). *O papel do Enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde*. Ciência e cuidados de Saúde.
- Barroso, J. (1996). *Formação, Projeto e Desenvolvimento Organizacional*. Lisboa: VI Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2001). *DE iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berings, M., Doornbos, A., & Simons, P. (2006). Methodological practices in on-the-job learning research. *Human resource Development International*, 9 (3), 333-363.

- Bernardes, A. (2013). Políticas e práticas de formação em grandes empresas. A dimensão educativa do trabalho. Porto: Porto Editora.
- Bernardes, A. & Lopes A. *Formação e Organização do Trabalho: Ensaio de Investigação-Ação numa empresa de Comércio e Distribuição*. CEDEFOP, Revista Europeia pp. 69-83.
- Caetano, A. et al. (2014). Formação e desenvolvimento organizacional. Abordagens e casos práticos em Portugal.
- Canário, R. et al. (2003). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Canário, R. (2008). *Educação de Adultos: Um Campo e uma Problemática*. Lisboa: Educa.
- Canário, R. *Formação e Mudança no Campo da Saúde*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Cardim, J. (2009). *Gestão da formação nas organizações: a formação na prática e na estratégia das organizações*. Lisboa: Lidel.
- Chiesa, A. et al (2007). *A formação de profissionais de saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde*. Cogitare Enfermagem
- Correia, J. (1996). *Formação e Trabalho: Contributos para uma Transformação dos Modos de os Pensar na sua Articulação*. Lisboa: VI Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE.
- Costa, M. (1996). *Formação de Enfermeiros e Situações de Trabalho: o Caso dos Cuidados aos Idosos*. Lisboa: VI Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE.
- D'Espiney, L. (1996). *Formação Inicial / Formação Contínua de Enfermeiros. Uma Experiência de Articulação em Contexto de Trabalho*. Lisboa: VI Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE.
- Dias, J. (2004). *Formadores: que desempenho*. Lisboa: Lusodidata.
- Dubar, C. (1990). L'enjeu des expériences de formation innovant en entreprise: un processus de socialisation professionnelle. Education Permanente, 104, pp 51-55.
- Estrela, A. et al (1996). Formação, saberes profissionais e situações de trabalho. Lisboa: Actas do VI Colóquio Nacional da AIPELF / AFIRSE.
- Faria, J.; Madeira, R. (2011). Impacto da estrutura organizacional de dois hospitais públicos Portugueses na execução dos seus objetivos. *Perspetivas em Gestão e Conhecimento, João Pessoa*, 1(1), 106-124.

- Fernandes, D. et al (2012). *Uma avaliação dos processos de aprendizagem, ensino e avaliação numa Escola Superior de Enfermagem*. Lisboa: Instituto da Educação da Universidade de Lisboa.
- Feuerwerker, L. & Cecílio, L. (2006). *O hospital e a formação em saúde: desafios atuais*. Ciências e Saúde Coletiva.
- Fonseca, E. (2015). *Formação: Uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem*. Nursing, Magazine digital.
- Fortin, M. (1996). *O processo de investigação. Da conceção à realização*. Lisboa: Lusociência. Edições técnicas e científicas Lda.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Ação: O planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Príncípa Editora, Lda.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Cascais: Príncípa Editora, Lda.
- Guimarães, P. *Aprender no Local de Trabalho: Um Outro Olhar sobre a Formação e a Enfermagem*. IV Congresso Português de Sociologia.
- Honoré, B. (1992). *Vers l'ouvre de formation. L'ouverture à l'existence*. Paris: Harmattan
- Hospital de Egas Moniz (2003). *Manual da Qualidade*. Lisboa: Hospital de Egas Moniz
- Instituto para a Qualidade na Formação (2006). *Guia para a Avaliação da formação*. Lisboa: Instituto para a Qualidade na Formação.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.
- Lopes, A. & Picado, L. (2010). *Concepção e gestão da formação profissional contínua: da qualificação individual à aprendizagem organizacional*. Ramada: Edições Pedagogo.
- Luís, D. *Educação e formação em contexto hospitalar: um estudo exploratório num hospital universitário*. Actas dos Ateliers do V Congresso Português de Sociologia pp. 43-51.
- Machado, M. et al (2007). *Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual*. Ciências e Saúde Coletiva pp.335-342.
- Malglaive, G (1997). *Formação e saberes profissionais: entre a teoria e a prática*. In Rui Canário (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 53-60.

- Meignant, A. (2003). *A gestão da formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Ministério da Saúde (2013). Avaliação da situação Nacional dos blocos operatórios. Relatório final do Ministério da Saúde. Consultado em Novembro de 2017 em http://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e dinâmica das organizações*. Lisboa: Publicações D. Quixote, Lda.
- Melo, R. (2014). *Liderança e gestão: desenvolvimento de competências relacionais*. Lisboa: Lusodidata.
- Monteiro, I. (1999). Hospital, uma organização de profissionais. *Análise Psicológica*, 2(17), 317-325.
- Newman, P. & Peile, E. (2002). Valuing learners' experience and supporting further growth: educational models to help experienced adult learners in medicine. *British Medical Journal*, 325, pp. 200-202.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Principais aspetos a reter sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP). *Expresso OE*, 3-5.
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 159-168.
- Pinto, P. (2013). A cultura organizacional no bloco operatório. *Gestão em organizações de saúde*. Coimbra: Tipografia Lousanense, Lda.
- Pinto, P. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing Magazine Digital*, 1-7.
- Ribeiro, J. (2011). *Autonomia profissional dos enfermeiros*. Revista de Enfermagem referência
- Rodrigues, A. (2006). *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Lisboa: Lusodidata.
- Rodrigues, S. (2012). *Formação e Trabalho: o caso da Autoeuropa – Metodologias do Trabalho de Investigação*. Lisboa: VII Congresso Português de Sociologia.
- Sampaio, J. (2006). *Avaliação na formação profissional: Técnicas e instrumentos*. IEFPP.
- Senhoras, E. (2007). A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. *RECIIS*, 1 (1), 45-55.

Silva, R. (2005). Estrutura e dinâmica das organizações (escolares). *Revista Iberoamericana de Educación*, nº 35/8

Tira-Picos, António (2006). *A Avaliação da Formação Profissional*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional, disponível em <http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.exe?key=&doc=80138&img=945>.

Universidade Técnica de Lisboa (1998). *Práticas de formação profissional*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Varandas, M & Lopes, A. (2012). *Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo*. *Revista Lusófona da Educação* pp.141-158.

Velada, Ana Raquel (2007). Avaliação da Formação. In A. Velada (2007). *Avaliação da Eficácia da Formação Profissional: Factores que afectam a transferência da formação para o local de trabalho*. (ISCTE). Retirado em Março de 2012 de http://repositorioiul.iscte.pt/bitstream/10071/626/1/Tese%20Doutoramento_Raquel%20Velada.pdf

Teses de Mestrado e Doutoramento:

Aleixo, A. (2014). *Avaliação dos estilos de aprendizagem dos enfermeiros nos contextos de trabalho. Um trilho para a construção de um instrumento*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem

Cabral, D. (2004). *Cuidados especializados em enfermagem perioperatória: contributos para a sua implementação*. Dissertação de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.

Carvalho, A. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto: Escola Superior de Saúde

Costa, A. (2008). *Oferta de actividades formativas em contexto de trabalho no Âmbito da formação profissional contínua em enfermagem*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa.

D'Espiney, L. (2010). *Enfermeiros nas comunidades: Produção de cuidados e reconstrução identitária*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa.

- Esteves, A. (2012). *A Construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Escola Superior de Saúde. Setúbal: Instituto Politécnico.
- Gonçalves, R. (2015). *Avaliação da formação numa entidade pública*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto da Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Macedo, R. (2015). *Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: O Primeiro Passo para Cuidados de Excelência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde. Setúbal: Instituto Politécnico.
- Mendes, T. (2014). *Integrar melhor para cuidar melhor*. Relatório de Trabalho de Projeto de Mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde. Setúbal: Instituto Politécnico.
- Pedroso, M^a. (1996). *Integração na vida ativa dos profissionais de enfermagem. Contributos para o estudo da problemática*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia. Lisboa: Universidade Nova.
- Pereira, M. (2007). *Aprender orientando: aprendizagens dos enfermeiros orientadores em ensino clínico*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Pinheiro, J. (2013). *Perceções sobre o Clima de Segurança em Bloco Operatório*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa: Universidade Nova.
- Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Rebelo, S. (2013). *Segurança do doente no Bloco Operatório*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem.
- Santos, E. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Educação, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Instituto Politécnico de Beja. Faro: Universidade do Algarve.

- Santos, S. (2016). *Integração de novos enfermeiros no bloco operatório de uma instituição privada*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde. Setúbal: Instituto Politécnico.
- Silvestre, M. (2012). *Integração de Enfermeiros em Instituições hospitalares: estudo de caso*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Tojal, A. (2011). *Perceção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem.

Anexos

Anexo I – Guião de entrevista a efetuar aos enfermeiros integradores

ENTREVISTA A EFETUAR A ENFERMEIROS INTEGRADORES

Blocos	Objetivos Específicos	Questões	Tópicos Orientadores
A-Legitimação entrevista	<p>Realçar a importância da participação do entrevistado.</p> <p>Recordar os objetivos da entrevista</p> <p>Informar a duração da entrevista</p> <p>Informar as condições de confidencialidade</p> <p>Solicitar autorização para a gravação áudio da entrevista</p> <p>Informar a possibilidade de posteriores consultas e alterações à entrevista transcrita</p> <p>Verificar se o entrevistado apresenta dúvidas ou questões</p>	<p>Antes de mais muito obrigada pela sua disponibilidade. Com a sua participação está a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: Criação de um Dispositivo de Formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação.</p> <p>Este trabalho tem como objetivo principal: construir um dispositivo de formação, com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem no Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz.</p> <p>A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos.</p> <p>Realço que as informações aqui recolhidas serão de carácter confidencial.</p> <p>Autoriza a sua gravação?</p> <p>Caso ache necessário, podemos disponibilizar-lhe posteriormente a entrevista transcrita para que possa modificar o que entender.</p> <p>Deseja colocar alguma questão antes de começarmos?</p>	
B-Percurso profissional	Procurar conhecer o percurso profissional do entrevistado	Relativamente ao seu percurso profissional, nomeadamente a experiência em bloco operatório	<p>- Qual o tempo de exercício profissional;</p> <p>- Qual o tempo de exercício profissional</p>

			<p>no BOC;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tinha experiência prévia de desempenho de funções em Bloco Operatório?
C- Integração em Bloco Operatório	Procurar conhecer a opinião sobre a integração de enfermeiros no Bloco Operatório e mais especificamente no Bloco Operatório Central do HEM	<p>Conte-me como decorreu o seu período de integração no Bloco Operatório Central do HEM</p> <p>Que avaliação faz dos planos de integração atuais?</p> <p>Quais as diferenças em relação à atualidade no se refere aos períodos de integração de novos elementos</p> <p>Qual a sua opinião sobre a integração de novos elementos no Bloco Operatório?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quanto tempo de duração teve o período de integração na 1ª fase: acolhimento / observação? - Quanto tempo de duração teve o período de integração na 2ª fase: Enfermeiro de apoio à anestesia? - Quanto tempo de duração teve o período de integração na 3ª fase: Enfermeiro circulante? - Quanto tempo de duração teve o período de integração na 4ª fase: Enfermeiro instrumentista? - Quais as principais dificuldades que teve e como as superou? - Enquanto enfermeiro integrador teve a seu cargo mais do que um enfermeiro em integração em simultâneo? Quais considera serem as principais diferenças nos planos de integração? De que forma acha que piorou ou

			<p>melhorou relativamente há uns anos atrás?</p> <p>Como acha que deveria ser feita a integração de novos enfermeiros no Bloco Operatório?</p>
<p>D- Plano de integração para enfermeiros no BOC do HEM</p>	<p>Conhecer qual o nível de cumprimento do plano de integração no BOC</p> <p>Saber se foram feitas reuniões periódicas entre Enfª Chefe / Enfª integrador / Enfª em integração</p> <p>Saber se tem algumas sugestões que melhorem os planos de integração das diferentes valências</p> <p>Saber a importância que atribui ao manual de procedimentos existente no serviço</p> <p>Conhecer a opinião sobre a importância atribuída a vídeos com os principais passos das diversas cirurgias efetuadas no BOC</p>	<p>Habitualmente segue os tempos indicados no plano de integração e respeita a ordem das diversas fases?</p> <p>De forma a aferir quais as áreas que precisava melhorar, quantas reuniões periódicas fez em conjunto com a Enfª chefe e Enfª em integração?</p> <p>Tem algumas sugestões a fazer de forma a melhorar os diferentes planos de integração?</p> <p>Conhece o manual de procedimentos existente no serviço? Costuma consultá-lo? Em que circunstâncias? Quais as principais dificuldades encontradas?</p> <p>Considera que vídeos com resumos das principais cirurgias efetuadas por valência, que se encontrem disponíveis na intranet iria facilitar as integrações no BOC?</p>	<p>Dá a conhecer o plano de integração ao enfermeiro que está a seu cargo?</p> <p>De que forma considera o plano de integração pode ajudar os novos elementos nas suas integrações?</p>
<p>E- Finalizar entrevista</p>	<p>Verificar se o entrevistado quer acrescentar alguma informação</p> <p>Enaltecer o entrevistado pelo tempo despendido</p>	<p>Deseja acrescentar alguma coisa?</p> <p>Grata pela sua colaboração!</p>	

Anexo II – Guião de entrevista a efetuar aos enfermeiros com três ou menos anos de serviço

ENTREVISTA A EFETUAR A ENFERMEIROS COM 3 OU MENOS ANOS DE SERVIÇO

Blocos	Objetivos Específicos	Questões	Tópicos Orientadores
D- Legitimação da entrevista	<p>Realçar a importância da participação do entrevistado.</p> <p>Recordar os objetivos da entrevista</p> <p>Informar a duração da entrevista</p> <p>Informar as condições de confidencialidade</p> <p>Solicitar autorização para a gravação áudio da entrevista</p> <p>Informar a possibilidade de posteriores consultas e alterações à entrevista transcrita</p> <p>Verificar se o entrevistado apresenta dúvidas ou questões</p>	<p>Antes de mais muito obrigada pela sua disponibilidade. Com a sua participação está a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: Criação de um Dispositivo de Formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação.</p> <p>Este trabalho tem como objetivo principal: construir um dispositivo de formação, com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem no Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz.</p> <p>A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos.</p> <p>Realço que as informações aqui recolhidas serão de carácter confidencial.</p> <p>Autoriza a sua gravação?</p> <p>Caso ache necessário, podemos disponibilizar-lhe posteriormente a entrevista transcrita para que possa modificar o que entender.</p> <p>Deseja colocar alguma questão antes de começarmos?</p>	
E- Percurso profissional	Procurar conhecer o percurso profissional do entrevistado	Conte-me o seu percurso profissional, nomeadamente a experiência em bloco	- Qual o tempo de exercício profissional;

		operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Qual o tempo de exercício profissional no BOC; - Tinha experiência prévia de desempenho de funções em bloco Operatório?;
F- Integração em Bloco Operatório	Procurar conhecer a integração que teve no Bloco Operatório Central do HEM	Conte-me como decorreu o período de integração no Bloco Operatório Central do HEM, as dificuldades que teve e a forma como as ultrapassou	<ul style="list-style-type: none"> - Quanto tempo de duração teve o período de integração na 1ª fase: acolhimento / observação? - Quanto tempo de duração teve o período de integração na 2ª fase: Enfermeiro de apoio à anestesia? - Quanto tempo de duração teve o período de integração na 3ª fase: Enfermeiro circulante? - Quanto tempo de duração teve o período de integração na 4ª fase: Enfermeiro instrumentista? - Quais as principais dificuldades que teve e como as superou?
G- Plano de integração para enfermeiros no Bloco Operatório Central do HEM	<p>Conhecer o que sabe sobre o plano de integração no BOC</p> <p>Saber se foram feitas reuniões periódicas entre Enfª Chefe / Enfª integrador / Enfª em integração</p> <p>Saber se tem algumas sugestões que melhorem os planos de integração das diferentes valências</p> <p>Saber a importância que atribui ao manual de procedimentos existente no serviço</p>	<p>Conte-me o que sabe sobre o plano de integração no BOC</p> <p>De forma a aferir quais as áreas que precisava melhorar, quantas reuniões periódicas teve?</p> <p>Tem algumas sugestões a fazer de forma a melhorar os diferentes planos de integração?</p> <p>Conhece o manual de procedimentos existente no serviço? Costuma consultá-lo? Em que circunstâncias Quais as</p>	<p>Deram-lhe a conhecer o plano de integração das diferentes valências cirúrgicas por onde passou?</p> <p>De que forma considera que podem ajudar os novos elementos nas suas integrações?</p>

	Conhecer a opinião sobre a importância atribuída a vídeos com os principais passos das diversas cirurgias efetuadas no BOC	principais dificuldades encontradas? Considera que vídeos com resumos das principais cirurgias efetuadas por valência, que se encontrem disponíveis na intranet iria facilitar as integrações no BOC?	
E- Finalizar a entrevista	Verificar se o entrevistado quer acrescentar alguma informação Enaltecer o entrevistado pelo tempo despendido	Deseja acrescentar alguma coisa? Grata pela sua colaboração!	

Anexo III - Guião de entrevista a efetuar aos enfermeiros da equipa de coordenação

ENTREVISTA A EFETUAR ÀS ENFERMEIRAS DA EQUIPA DE COORDENAÇÃO

Blocos	Objetivos Específicos	Questões	Tópicos Orientadores
H- Legitimação da entrevista	<p>Realçar a importância da participação do entrevistado.</p> <p>Recordar os objetivos da entrevista</p> <p>Informar a duração da entrevista</p> <p>Informar as condições de confidencialidade</p> <p>Solicitar autorização para a gravação áudio da entrevista</p> <p>Informar a possibilidade de posteriores consultas e alterações à entrevista transcrita</p> <p>Verificar se o entrevistado apresenta dúvidas ou questões</p>	<p>Antes de mais muito obrigada pela sua disponibilidade. Com a sua participação está a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: Criação de um Dispositivo de Formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação.</p> <p>Este trabalho tem como objetivo principal: construir um dispositivo de formação, com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem no Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz.</p> <p>A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos.</p> <p>Realço que as informações aqui recolhidas serão de carácter confidencial.</p> <p>Autoriza a sua gravação?</p> <p>Caso ache necessário, podemos disponibilizar-lhe posteriormente a entrevista transcrita para que possa modificar o que entender.</p> <p>Deseja colocar alguma questão antes de começarmos?</p>	
I- Percurso profissional	Procurar conhecer o percurso profissional do entrevistado	Relativamente ao seu percurso profissional, nomeadamente a experiência em bloco	<p>- Qual o tempo de exercício profissional;</p> <p>- Qual o tempo de exercício</p>

		operatório	profissional no BOC; - Tinha experiência prévia de desempenho de funções em Bloco Operatório?
J- Integração em Bloco Operatório	Procurar conhecer a opinião sobre a integração de enfermeiros no Bloco Operatório e mais especificamente no Bloco Operatório Central do HEM	<p>Qual a importância que atribui ao processo de integração?</p> <p>Quais os principais constrangimentos do serviço e as possíveis soluções.</p> <p>Que avaliação faz dos planos de integração atuais?</p> <p>Conte-me como decorreu o seu período de integração no Bloco Operatório Central do HEM</p> <p>Quais as diferenças em relação à atualidade no se refere aos períodos de integração de novos elementos</p> <p>Qual a sua opinião sobre a interação de novos elementos no Bloco Operatório?</p>	<p>Quais considera serem as principais diferenças nos planos de integração?</p> <p>- Quanto tempo de duração teve o período de integração na 1ª fase: acolhimento / observação?</p> <p>- Quanto tempo de duração teve o período de integração na 2ª fase: Enfermeiro de apoio à anestesia?</p> <p>- Quanto tempo de duração teve o período de integração na 3ª fase: Enfermeiro circulante?</p> <p>- Quanto tempo de duração teve o período de integração na 4ª fase: Enfermeiro instrumentista?</p> <p>- Quais as principais dificuldades que teve e como as superou?</p> <p>De que forma acha que piorou ou melhorou relativamente há uns anos atrás?</p> <p>Como acha que deveria ser feita a integração de novos enfermeiros no Bloco Operatório?</p>
K- Plano de integração para enfermeiros	<p>Conhecer qual a importância atribuída aos planos de integração no Bloco Operatório</p> <p>Conhecer a importância atribuídas às reuniões</p>	É importante seguir os planos de integração existentes no serviço?	De que forma considera o plano de integração pode ajudar os novos elementos nas suas integrações?

no BOC do HEM	<p>periódicas efetuadas em conjunto com Chefe do serviço, enfª integração e elemento em integração</p> <p>Saber se tem algumas sugestões que melhorem os planos de integração das diferentes valências</p> <p>Saber a importância que atribui ao manual de procedimentos existente no serviço</p>	<p>Tem algumas sugestões a fazer de forma a melhorar os diferentes planos de integração?</p> <p>Conhece o manual de procedimentos existente no serviço? Quais as principais dificuldades na sua utilização?</p> <p>Considera que vídeos com resumos das principais cirurgias efetuadas por valência, que se encontrem disponíveis na intranet iria facilitar as integrações no BOC?</p>	
D - Plano de integração para enfermeiros no BOC do HEM	<p>Conhecer a opinião sobre a importância atribuída a vídeos com os principais passos das diversas cirurgias efetuadas no BOC</p>		
E- Finalizar a entrevista	<p>Verificar se o entrevistado quer acrescentar alguma informação</p> <p>Enaltecer o entrevistado pelo tempo despendido</p>	<p>Deseja acrescentar alguma coisa?</p> <p>Grata pela sua colaboração!</p>	

Anexo IV – Entrevistas efetuadas aos enfermeiros integradores

Entrevista 1

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Realço que todas as informações aqui recolhidas serão de caráter confidencial, não será nunca identificado o entrevistado, nunca será associado o seu nome, valências cirúrgicas por onde passou, etc. Autorizas a gravação?

Entrevistada – Certo. Com certeza que sim.

Entrevistadora – Obrigada. Caso aches necessário, eu depois no final, vou-te facultar toda a entrevista transcrita em papel para que possas ler e modificar o que for necessário, por exemplo se não era bem aquilo que querias dizer. Desejas colocar alguma questão antes de começar?

Entrevistada – Não. Podes dizer aquilo que pretendes que a gente fale.

Entrevistadora – Relativamente ao teu percurso profissional, nomeadamente à experiência em bloco operatório, que sei que é muito longa...

Entrevistada – Longa... 21 anos.

Entrevistadora – Daí ter-te escolhido a ti para iniciar, logo para primeira entrevista!

Entrevistada – (Riso) Para fazeres o check list das perguntas?

Entrevistadora – Exato. Qual é que é o teu tempo de exercício profissional?

Entrevistada – Ora... bloco é 21, na totalidade será... 28 anos.

Entrevistadora – 28 anos de exercício profissional e 21 de bloco operatório. Tinhas experiência prévia de funções antes de entrar em bloco operatório?

Entrevistada – Tinha experiência de enfermagem, sim. Tive experiência de 2 anos de Medicina, 2 anos de Pediatria e depois estive 3 anos, quase, no serviço de Neurotrauma e depois entretanto vim para o bloco.

Entrevistadora – Recobro primeiro ou logo para o bloco?

Entrevistada – Recobro primeiro. Eu fui integrar a equipa do recobro, porque inicialmente quando eu trabalhei na Neurotrauma, nós tínhamos a unidade de cuidados intensivos versus cuidados intermédios, mas pronto. Tínhamos 6 doentes ventilados e como eu tinha experiência de doentes cirúrgicos, na altura em que eu fui pedir a transferência, direcionaram-me essencialmente para o recobro, que quando eu fui integrar, integrei a equipa com a Enfermeira X. O recobro ainda estava lá no bloco antigo. Nós ainda estivemos no bloco antigo, e foi para lá que eu fui.

Entrevistadora – Que era externo? O recobro era externo ao bloco?

Entrevistada – O recobro era externo ao bloco, exatamente.

Entrevistadora – E tinha uma equipa só para recobro?

Entrevistada – Exatamente. Era eu e a enfermeira X, só, porque havia um desfasamento de horário ali na hora de almoço, mas havia períodos em que estávamos sozinhas. Ela acho que até à hora de almoço, à hora de almoço eramos as duas para orientar também... e depois ficava eu até mais para a tarde. E alternávamos assim.

Entrevistadora – Relativamente ao período de integração no Bloco Operatório Central, que dificuldades é que tiveste? E como é que as superaste? Vamos agora falar um bocadinho sobre isto. Podes falar o que entenderes, mas só para não nos perdermos nas ideias, vou colocar algumas questões.

Entrevistada – Ah sim, tudo bem.

Entrevistadora – Quanto tempo de duração é que teve o primeiro período de integração, ou seja a primeira fase de acolhimento e de observação? Quando vieste para o bloco operatório, ficaste algum tempo só de observação?

Entrevistada – Não, não fiquei assim muito tempo, mas fiquei... a integração foi assim: eu como pertencia teoricamente à equipa do recobro, quando a equipa avançou para aqui para o bloco novo, eu fiquei também só a exercer funções no recobro.

Entrevistadora – Ah, porque o recobro passou cá para dentro.

Entrevistada – Exatamente. O recobro entretanto passou cá para dentro, e eu quando vim para o bloco fiquei de horário fixo, por conseguinte era para vir para ter horário fixo e então fiquei eu e a enfermeira X de horário fixo na altura a fazermos as 42 horas as duas de equipa fixa do recobro, mais os outros elementos a rodarem e tudo isso. E ainda lá fiquei algum tempo. Fiquei lá... sei lá... algum tempo, quando eu digo algum tempo, alguns anos, 1 ou 2 anos ou se calhar mais. Já não tenho muito bem a noção de quanto tempo é que eu fiquei no recobro assim a funcionar com ela. De modo que fui-me integrando progressivamente aos poucos... progressivamente na dinâmica do bloco, em termos sociais a conhecer as pessoas. Depois houve uma fase em que alguém decidiu que não eram necessárias duas pessoas no recobro a 42 horas e que uma teria que sair para fazer a integração na sala. A enfermeira X que era a responsável do recobro ficou e eu avancei para as salas, para a sala Y e fui integrada então na valência Y comecei pela anestesia e fui integrada. Não me custou particularmente porque já conhecia as pessoas e as pessoas conheciam-me a mim, tanto na equipa de enfermagem como na equipa cirúrgica e não tenho assim grandes memórias de grandes problemas, nem de grande stress na integração que eu fiz. Foi uma integração longa. Lembro-me pelo menos quando eu comecei a instrumentar, pelo menos fiquei 8 meses consecutivos a instrumentar. Inicialmente com o apoio das colegas que estavam, quem me fez a integração foi a enfermeira Y e Z e... não me lembro de stress. Lembro-me que foi uma integração progressiva, comecei pela anestesia, depois comecei a circular, sempre acompanhada, algum tempo. Pelo menos algum tempo eu ficava acompanhada a circular e só depois é que ficávamos independentes e depois

avancámos para a instrumentação e também fiquei algum tempo a instrumentar e depois para consolidar fiquei bastante tempo... fiquei 8 meses. Lembro-me que fiquei 8 meses a instrumentar.

Entrevistadora – Então a primeira fase que alguns autores definem que é a de acolhimento e observação, também definida como de socialização, como disseste, foste fazendo enquanto estavas no recobro.

Entrevistada – Exato, sim. Essa parte foi. Depois a integração na sala...

Entrevistadora – De anestesia estiveste muito tempo acompanhada, ou não?

Entrevistada – Eu acho que estive para aí um mês...

Entrevistadora – Um mês de anestesia e depois passaste a ficar sozinha?

Entrevistada – Depois passei a ficar sozinha, a circular...

Entrevistadora – Mas não tinhas conhecimentos de anestesia em sala operatória.

Entrevistada – Não. Em sala operatória não tinha. Não tinha conhecimentos nenhuns da dinâmica. Tinha contacto com a linguagem anestésica, como já fazia o recobro foi mais fácil. No fundo a integração na anestesia acabou por complementar um bocadinho a informação que eu tinha ido adquirindo no recobro, não é? Mas não, não tinha nenhuma experiência de bloco.

Entrevistadora – Depois de circulação também cerca de 1 mês?

Entrevistada – Sim. Acompanhada e depois sozinha. Apesar de que a circulação... nós como estamos na integração na sala, quando entramos para a integração na sala e isso foi verdade na altura em que fui integrada e é verdade ainda hoje, a circulação acaba por ir sendo assimilada progressivamente à medida que nós estamos de anestesia. Há sempre o momento em que alguém nos pede alguma coisa que já diz respeito à circulação, e nós vamos vendo coisas na sala, vamos tendo contacto com as coisas, vamos perguntando, de modo que as coisas vão sendo assimiladas, digamos que... não com barreiras tão estanques...

Entrevistadora – Quem está de anestesia não está só de anestesia.

Entrevistada – Exatamente! Como é fazer a integração de anestesia, como é fazer a integração de instrumentação. O período de circulação acaba por se diluir...

Entrevistadora – Não é dois meses, mas acaba por... a integração de anestesia acompanha também a circulação.

Entrevistada – Sim. Acaba por acompanhar um bocadinho a circulação. Pelo menos é essa a sensação que eu tenho. Mesmo em relação às integrações que hoje em dia se fazem, e que neste momento sou eu a fazê-las mais outras pessoas, não é? No fundo a coisa acaba por ser também... isto que eu disse, acaba por também se aplicar.

Entrevistadora – Em termos de instrumentação, nesta 4^a fase do período de integração, estiveste cerca de 8 meses acompanhada ou 8 meses a instrumentar?

Entrevistada – Oito meses a instrumentar, entre o período que estive acompanhada e depois o de ficar a consolidar conhecimentos, estive cerca de 8 meses.

Entrevistadora – Mais ou menos quanto tempo acompanhada?

Entrevistada – Aaaah... Eu estive para aí uns 3 meses no mínimo...

Entrevistadora – Que é um bocadinho diferente da realidade...

Entrevistada – Um bocadinho diferente... Depois havia já cirurgias em que nós podíamos avançar sozinhas, não é? Mas depois havia outras cirurgias mais complexas que já exigia que estivesse presente outra pessoa. Mas eu acho que na altura foram para aí uns 3 meses

Entrevistadora – Então estiveram durante cerca de um ano 4 pessoas na sala?

Entrevistada – Para aí... Se a memória não me falha, mas foi para aí... em termos globais... deve ter sido para aí um ano de integração. E o que fizeram a mim, faziam a outras pessoas. Naquela altura, também era preciso ver, que a equipa de bloco era uma equipa muito mais estável! Apesar de quando nós passamos para aqui ter havido um grosso de pessoal a ir para a equipa de recobro, a equipa de recobro na altura era uma equipa mais ou menos estanque, a equipa do recobro não circulava pelas salas, porque a equipa do recobro era uma equipa mais ou menos fixa, era só recobro que fazia, mas depois isso foi progressivamente sendo... se calhar fui eu que dei o pontapé de saída... estás a perceber? Fui eu que dei o pontapé de saída. Mas depois houve colegas que à posteriori e estou a lembrar-me da enfermeira A que era da equipa só de recobro, assim como a B era da equipa só de recobro, sabes que ela era muito difícil ir para a sala, a enfermeira B, também, foi a altura em que ela decidiu sair, porque ela também não gostava de sala. Mas pronto, as coisas na altura pensavam-se de outra maneira, mas progressivamente as coisas foram-se diluindo e a equipa passou a ser uma só.

Entrevistadora – E quando falavas de uma equipa mais estável era em termos de entradas e saídas de pessoal?

Entrevistada – Em termos de entradas e saídas de pessoas, sim. Havia um grosso de pessoas muito experiente nesta casa que depois foram-se reformando e foram entrando pessoas que depois também não deram grande estabilidade ao serviço porque apesar de já não se lhes conseguir fazer umas grandes integrações e tão longas no tempo, mas acabou por ser necessário, porque inicialmente começamos por... em tempos era política do bloco não haver colegas espanhóis no bloco. Era política do serviço, mais ou menos, porque a integração no bloco era uma coisa extremamente longa no tempo e em termos de experiência era importante as pessoas terem-na e manterem-na, mas às páginas tantas eles também vieram. Ainda tivemos aí...

Entrevistadora – Uns 3...

Entrevistada – Mais! Tivemos mais do que 3 pessoas... Tivemos as 2 espanholitas lá de cima da Galiza, tivemos uma de Huelva, tivemos outra de Cordova, tivemos outra da Granada, tivemos outra lá de cima...

Entrevistadora – Que iam entrando e logo a seguir saíam...

Entrevistada – Logo a seguir saíam com experiência. Por exemplo duas delas ainda ficaram algum tempo, ainda ficaram uns aninhos. Depois também tivemos a experiência dos colegas do Norte. Que também vieram, ficaram algum tempo e depois também avançaram para cima novamente. Se nós começarmos a pensar....

Entrevistadora – À medida que a profissão foi mudando, também nós fomos apanhando aquelas alterações aqui.

Entrevistada – Se nós formos a ver, nós temos gente em Castelo Branco, temos gente em Vila Real, temos gente em Braga, temos gente no Porto, temos gente em Viana, em Coimbra, no Algarve, em Castelo Branco... não sei se já tinha dito... Temos gente espalhada por aí que fez a formação aqui, inicial. Era gente que não tinha experiência nenhuma e veio aprender as coisas aqui.

Entrevistadora – Exatamente (Riso). Então quais é que achas que foram as tuas principais dificuldades e como é que as conseguiste superar? Na altura da tua integração.

Entrevistada – Na altura da minha integração... eu sofri um bocado com a instrumentação! Porque para mim aquilo era uma coisa muito complicada, porque eu sentia um sentido de responsabilidade em relação à tarefa que nós íamos desempenhar na cirurgia que aquilo sempre me causou uma ansiedade imensa. Eu lembro-me das primeiras vezes que eu estive em grandes cirurgias... eu ali sozinha, de mãozinhas... ali... eu sentia um stress, percorriam-me suores frios... Enquanto aquela cirurgia não começava e eu começava a sentir que dava resposta, aquilo era um stress muito grande para mim. Era um stress muito grande para mim.

Entrevistadora – O estar sozinha...

Entrevistada – O estar sozinha, o sentir que podia acontecer alguma coisa no intraoperatório que eu não conseguia dar resposta... aquilo para mim era uma coisa muito angustiante! Muito mesmo, muito. Sentia uma angústia imensa (Riso). Mas pronto, depois aquilo foi passando!

Entrevistadora – À medida que estás mais integrada também te sentes mais capaz

Entrevistada – Mais capaz... e hoje 21 anos depois desta situação, às vezes estou na mesa, olho para a mesa, eles pedem-me uma Kocher. Kocher? Mas o que é que eles querem? Ó senhores... Tome lá o ferro... (Riso) E estou na maior...! Mas você quer isso para quê? Tome lá isto.

Entrevistadora – Foste superando à medida que ias conseguindo estar mais integrada

Entrevistada – Exatamente!

Entrevistadora – Sentias-te mais capaz.

Entrevistada – Sentia-me mais capaz e sentia-me mais tranquila com as coisas... Mas estas miúdas que agora andam para aí, claro que eu compreendo os stresses delas, mas por outro lado, também têm uma postura diferente da que nós na altura tínhamos. Porque nós na altura tínhamos... não sei se também é um bocado das pessoas. Eu era incapaz de, e ainda hoje sou incapaz, de uma cirurgia que eu não conheço, mas que faço alguma ideia daquilo que se vai passar, de dizer “Não, eu não vou para a mesa porque eu não sei fazer esta instrumentação.” Quando eu sei que o básico eu vou ter que abrir uma caixa que tem hemostáticas, tem porta-agulhas, tem clamps vasculares alguns, e é preciso

fazer ali algumas coisas um bocadinho mais fora do nosso contexto mas que nós também sabemos que existem, e causa um bocadinho de transtorno isto. Por isso, às vezes tenho alguma certa dificuldade em lidar hoje com este tipo de mentalidade. Mas pronto, se calhar é da geração e eu já estou um bocadinho fora deste contexto.

Entrevistadora – Enquanto enfermeira integradora, e és a principal na valência X, tiveste a cargo mais do que 1 enfermeiro em integração em simultâneo?

Entrevistada – Pois... Sim! Quer dizer, não na mesma área. Por exemplo, nós podemos estar a supervisionar um colega... Deixa-me distinguir aqui várias coisas... É assim... As integrações hoje são muito, mas muito insuficientes para as necessidades que as pessoas têm. Pessoas com experiência zero de bloco, que têm experiência única e exclusivamente de enfermaria, vêm para um serviço destes, o tempo que se lhes pede para elas estarem em condições de funcionar numa valência cirúrgica, seja ela qual for, e eu posso falar essencialmente na valência X, que digamos que... poderá dizer-se que é uma especialidade cirúrgica, onde se desenvolvem os princípios básicos de qualquer especialidade cirúrgica no bloco, como eu digo, aquilo causa-me um bocadinho de transtorno e por vezes o que se exige aos elementos integradores e que são esses integradores que são os elementos de referência de cada uma das especialidades, se calhar a nós, valência X, cabe-nos eles na fase mais verdinha, porque nós, quando nos calha um elemento que já tragam alguma experiência de sala, de outra especialidade, nós preocupamo-nos essencialmente em explicar e dar informação, dar conhecimento de coisas específicas da valência. Agora, quando eles vêm só com experiência de enfermaria, é difícil pô-los a funcionar. E eu acho que as pessoas hoje em dia, mesmo assim, fazem um grande esforço para depois funcionarem. Cabendo-nos pois, a nós na sala, e muitas vezes depois é o que acontece, é nós estarmos com alguma pessoa que começou a dar os primeiros passos sozinha na mesa, que precisa de muito apoio, e temos uma outra na anestesia, que também está nessa fase... Por conseguinte, se me dizes que, se me perguntas se nós estamos com 2 elementos que estão em integração? Sim, porque muitas das vezes posso não considerar que a pessoa está já apta para estar sozinha. A desempenhar as suas funções a 100%. Que o serviço vive momentos difíceis? Acredito que sim. Mas é preciso fazer funcionar o serviço. Com certeza, mas o que se exige hoje em dia dos elementos integradores, eu acho que é um trabalho muito, muito substancial. Porque que são os segundos responsáveis de valência, acho que estão muito sobrecarregados. E eu falo por mim, eu só posso falar por mim, é evidente que não sou pessoa de me queixar, nem de andar a dizer “Eu não consigo fazer isto ou não consigo fazer aquilo”, nós quando estamos na sala tentamos fazer que as coisas resultem que toda a gente funcione, pôr toda a gente a trabalhar, mas há muito trabalho para além daquele que nós fazemos na sala que é preciso fazer e nem sempre nós temos essa disponibilidade e como temos 1001 tarefas, nem sempre conseguimos dar a atenção que as pessoas precisam na mesa. Ou na mesa ou na anestesia.

Entrevistadora – São também esses integradores que têm que fazer pedidos de material, que têm que integrar várias pessoas, porque à medida que o tempo passa, as pessoas ficam cada vez menos tempo em bloco operatório, vêm novos elementos, são novas integrações, acaba por ser um trabalho que se vai repetindo.

Entrevistada – Exatamente. É uma equipa muito volátil, não é?

Entrevistadora – Quando parece que está a ficar estável...

Entrevistada – E também como o serviço começou a funcionar de outra maneira, é uma equipa única, não há equipa de roulement, não há equipa de recobro, há uma equipa única, por um lado tem vantagens, por outro lado tem inconvenientes, porque as pessoas precisam... exige-se das pessoas, muitas das vezes coisas que elas não têm ainda potencial para dar, mas depois temos o

reverso da medalha. Depois as pessoas dão-se ao direito de dizer “Eu não faço isto porque eu não tenho integração”, “Ai eu nunca vi fazer isto”, e depois chegamos ao cúmulo dos cúmulos de eu ter uma pessoa na sala que já passou por várias valências cirúrgicas, inclusivamente fez integração na sala, que ela vai estar perante uma cirurgia X e diz “Eu nunca fiz esta cirurgia”. E nós ficamos a olhar para a pessoa e dizemos “Tens que avançar! Isto são 2 hemostáticas e 3 kochers, 1 porta agulhas e 1 fio de Vicryl, por conseguinte avanças e vês”. Porque chegamos assim a estes extremos. Porque as pessoas depois também são inteligentes o suficiente para perceberem esta dinâmica, não é? E depois usufruem e jogam. E eu acredito que não seja fácil gerir uma equipa assim.

Entrevistadora – Claro. Está preconizado pela AESOP que enfermeiros que vêm das escolas, sem experiência nenhuma deverão ter um ano e meio de integração, enfermeiros com experiência que não é de bloco um ano de integração e enfermeiros que venham com experiência de bloco meio ano. Algum destes 3 períodos é cumprido?

Entrevistada – No meu tempo era provável que sim, que fosse. Há 20 anos atrás era natural que sim.

Entrevistadora – Por valência mais ou menos quanto tempo é que passam?

Entrevistada – Eu também sei que o meu tempo de integração na sala, na valência X foi mais longa porque eu também não tinha experiência nenhuma de bloco, não é? Porque é evidente que depois eu ainda funcionei também... saí da valência X e fui para a valência Y, onde estive 5 anos, mas também apanhamos a valência Y a subir de um bloco periférico para cá, também foi uma outra dinâmica diferente, é evidente que aí, era aquilo que eu já tinha dito há pouco, quando há uma pessoa que vem de outra valência já tem... porque o vir para um bloco sem experiência nenhuma, há dinâmicas completamente diferentes de trabalho, e só quem não tem experiência de bloco, só quem não funciona num bloco é que não sabe isso, porque há uma dinâmica de sala que a pessoa vai interiorizando muito lentamente... porque é preciso perceber que estão ali 4 núcleos profissionais completamente distintos e que cada um deles funciona de uma forma distinta. E que aqueles 3 enfermeiros estão ali e para mim funcionam como elo de ligação em cada um dos polos e são eles que fazem a ponte entre a anestesia e a cirurgia e o auxiliar e que é esta dinâmica que também exige algum tempo de preparação para as pessoas. Há campos que não podem ser infetados, há mesas que não podem ser infetadas, a circulação de pessoas é diferente, por conseguinte é toda uma dinâmica. Quando uma pessoa não tem experiência nenhuma, eu acho que é obrigatório numa primeira valência, os 3 meses não chegam de todo. Não digo que depois quando se salta daquela primeira para outra segunda que se lhe dê menos tempo, agora numa primeira fase eu acho imprescindível.

Entrevistadora – Cumprir os prazos estipulados?

Entrevistada – Sim. Também não digo um ano e meio, se é possível.

Entrevistadora – Isso é sem experiência nenhuma, é vir da escola direto para cá.

Entrevistada – Pois. Pronto... sim, um bocadinho mais... Mas...

Entrevistadora – Três meses é de todo insuficiente?

Entrevistada – É de todo insuficiente! Então para uma pessoa inexperiente, é de todo insuficiente!

Entrevistadora – Que avaliação é que fazes dos planos de integração atuais? Quais é que consideras serem as principais diferenças nos planos de integração? Ou seja, da forma como fizeste a tua integração e a forma como são feitas agora. É o tempo...

Entrevistada – O tempo é de todo insuficiente agora! Apesar de nós termos os planos de integração por valência e de estarem preconizados determinados períodos, nós sabemos perfeitamente que não conseguimos cumpri-los, porque o serviço não permite que as coisas sejam assim, quase que se espera que as pessoas sejam integradas o mais rápido possível, mas depois há pessoas que nós conseguimos avançar um bocadinho mais do que outras...

Entrevistadora – Claro! Cada um tem os seus tempos.

Entrevistada – Cada um tem os seus limites, cada um tem os seus tempos, as pessoas têm maneiras de estar diferentes. Há pessoas que por exemplo não se importam de ir para uma cirurgia que nunca viram e chegar à mesa e serem um bocadinho abanadas pelo cirurgião porque a pessoa não está a conseguir dar resposta e a pessoa vive bem com isso e avança para a frente e amanhã está lá para fazer o mesmo trabalho, mas há outras pessoas que reagem de uma forma diferente. Se algum dia são um bocado mais mal educados com eles ou se são um bocado mais duros, a pessoa já não fica bem e já não consegue dar, desbloquear e já não consegue avançar com tranquilidade suficiente para a cirurgia, para a outra cirurgia que lhe seja pedida para avançar. Por conseguinte tudo isto é muito dinâmico. Como tu sabes a formação de adultos é uma coisa complexa, que tem muito a ver com a educação da pessoa, com as experiências que a pessoa teve, o interesse que a pessoa pode ou não manifestar. Porque há pessoas que vieram para aqui porque quiseram, porque têm interesse em aprender alguma coisa sobre bloco, mas há outras pessoas que vieram para aqui porque querem ter um emprego, não querem ter um trabalho.

Entrevistadora – E horário fixo...

Entrevistada – E querem ganhar a vida deles. E porque também há muita gente que vem para aqui para o bloco, para o serviço de bloco operatório, que vêm se calhar um bocadinho induzidas em erro do que é que é o serviço de bloco operatório, porque há pessoas que vêm para aqui já com alguma experiência hospitalar, já têm experiência profissional, e que vêm para aqui a pensar que o bloco que é uma coisa muito *soft* uma coisa muito *light*.

Entrevistadora – Costuma dizer-se que aqui trabalha-se pouco...

Entrevistada – Pois, exato. Aqui trabalha-se pouco e não se faz esforço. Mas, se há sítio onde nós andamos com os doentes ao colo é aqui, não é? Por isso, as pessoas às vezes se calhar também vêm com umas expectativas um bocadinho altas que efetivamente vão ter o horário que querem, vão ter o serviço que querem, vão fazer aquilo que querem, vão ter folgas quando querem e estão pouco disponíveis para algumas alterações na vida do dia a dia, não é? E depois tudo isso influencia a postura com que a pessoa está aqui e já para não falar daquelas que vêm para aqui porque nunca quiseram ser enfermeiras, queriam ser médicas e não tiveram média e então vieram para enfermagem e enfim... depois vêm que isto não é bem propriamente a mesma coisa.

Entrevistadora – Só para confirmar aqui esta parte que é muito importante sobre a tua opinião sobre a integração de novos elementos no bloco, como é que achas que deveria ser feita a integração de novos elementos? Durante mais tempo...

Entrevistada – Durante mais tempo obrigatoriamente, principalmente para quem tem a primeira experiência.

Entrevistadora – De preferência sempre acompanhado ou no início acompanhado e depois...

Entrevistada – É assim, eu acho que a integração no bloco é por fases. Anestesia, sempre! Começar pela anestesia, acompanhada inicialmente, depois permitir à pessoa que começasse a funcionar. Para uma pessoa que não tem conhecimento de anestesia, eu acho que no mínimo, no mínimo... 3 semanas, um mês.

Entrevistadora – De anestesia?

Entrevistada – De anestesia! Sim, sempre com supervisão. E depois deixá-la assimilar conhecimentos.

Entrevistadora – Um mês acompanhada e depois logo se via quanto tempo sozinha.

Entrevistada – Sim. Depois logo se via o que é que a pessoa... Se calhar até um mês poderão achar que poderia ser demais, mas 3 semanas no mínimo dos mínimos acompanhada na anestesia e depois deixá-la estar ali na anestesia durante um mês ou dois meses. Dar capacidade para a pessoa se sentir à vontade.

Entrevistadora – Para também poder cimentar os conhecimentos.

Entrevistada – Exatamente! Aí a circulação vai sendo assimilada com calma... enquanto a pessoa vai estando a ser integrada na anestesia, ela também vai sendo integrada na circulação.

Entrevistadora – Exato. Não é “tempo desperdiçado em anestesia”.

Entrevistada – Não, não é tempo desperdiçado em anestesia, porque a pessoa até mesmo naturalmente, quando já está mais segura na anestesia ela naturalmente começa a virar a atenção para outras coisas. Nós pelo menos na sala da valência X, nós vamos sempre dando dicas, estás a ver? Vamos sempre dizendo isto serve para isto, isto serve para aquilo... olha anda cá ver como é que isto funciona, anda cá ver esta máquina, anda cá ver aquela situação...

Entrevistadora – Depois deveria passar para a circulação, ou logo para instrumentar?

Entrevistada – Eu acho que depois também era importante ter um período de circulação, provavelmente não tão longo como na anestesia, mas é importante também ter, porque há particularidades, há os sítios das coisas, há um infundável número de coisas que nós não dizemos sempre, não é? Ou nunca dizemos, também é preciso saber os sítios e também é importante a pessoa depois fixar-se um bocadinho mais e estar com a preocupação de... a gente agora tem que se preocupar um bocadinho mais com aquela área. E a instrumentação depois também algum tempo de experiência. Inicialmente acompanhada sim e depois dar também tempo para a pessoa cimentar os conhecimentos. Porque depois o que acontece é que se a pessoa tem pouco tempo de integração, vai a uma sala, apanha o básico e depois vai para outra sala e depois há o dia em que tem que voltar à primeira e não faz.

Entrevistadora – Já não se lembra. Relativamente agora ao nível de cumprimento do plano de integração no bloco. Habitualmente segues os tempos indicados no plano de integração e respeitas a ordem das fases? Que está preconizado para cada valência.

Entrevistada – Para cada valência se cumprio ou não cumprio... porque também não consigo cumprir ... porque as limitações que me são impostas...

Entrevistadora – Essencialmente porque o tempo é reduzido em relação as atividades a desempenhar?

Entrevistada – E porque a dinâmica do serviço nem sempre permite e nesta fase em que nós estamos agora é isso que acontece. A pessoa quando vai para a sala pode estar dois dias de integração e depois é preciso ir para outro lado... vai, depois sai e está dois ou três dias fora da sala e depois volta. De modo que é não só é uma integração que dura pouco tempo, como também é uma integração intercalada, não é?

Entrevistadora – Interrompida várias vezes.

Entrevistada – Interrompida, é interrompida várias vezes e depois isso não só não facilita a integração da pessoa como depois induz na pessoa aquela coisa de “tudo bem eu vou ali faço umas coisitas” e a pessoa nunca se considera ou nunca se sente obrigada a cumprir. Acho eu, pelo menos isto é a minha avaliação.

Entrevistadora – Dás a conhecer o plano de integração aos enfermeiros que estão a teu cargo nas integrações?

Entrevistada – Olha, se queres que te diga, neste momento nem sempre. Devia...!

Entrevistadora – Estou a fazer esta questão porque uma das minhas propostas seria em vez de haver um plano de integração por valência, em que eles acabam por ter uma base muito semelhante entre todas as valências, fazer um único de integração para o bloco operativo, em que abarcasse a anestesia, a circulação e a instrumentação, uma vez que nos planos de integração não há especificidades como tipos de cirurgia, instrumental, não existe nada disso. Criar um único para todas as valências.

Entrevistada – Se calhar seria útil. Porque nós, mesmo que nós tentássemos seguir o plano de integração, nós não conseguíamos. Sabes perfeitamente que a gente não conseguia. Os *timings* lá pedidos não são exequíveis para aquilo que nós temos agora e as pessoas não conseguem ficar na sala desde o momento em que para lá vão fixas para a gente conseguir aplicar o plano de integração. Por conseguinte, o que é que nós conseguimos fazer? É uma integração à pressão. E depois depende da pessoa; a pessoa tem capacidade de resposta ou não tem capacidade de resposta? E a pressão que nós sentimos...

Entrevistadora – Passa para quem está em integração também...

Entrevistada – Nós não conseguimos dar um ambiente tranquilo, não é? Porque depois a pressão em cima de nós também é muita.

Entrevistadora – Nesse caso de que forma é que consideras que o plano de integração pode ajudar os novos elementos nas suas integrações?

Entrevistada – Honestamente agora como estamos não pode ajudar coisíssima nenhuma! Nós não o aplicamos porque não temos condições para o aplicar.

Entrevistadora – Eles vão seguir os planos de integração que não estarão de acordo com o que está a passar-se na integração.

Entrevistada – E às páginas tantas nós numa determinada fase já lhes estamos a exigir coisas que teoricamente ainda não tínhamos obrigação de lhes exigir.

Entrevistadora – Têm que ser reformulados?

Entrevistada – Eu acho que sim! E se calhar essa ideia de haver um plano de integração para o bloco, não específico por valências se calhar era importante porque eu acho que o que era importante definir num plano de integração eram os *timings*.

Entrevistadora – É balizar um bocadinho os diferentes objetivos a atingir?

Entrevistada – Balizar. É como eu digo, eu acho que devia haver a preocupação para numa fase inicial, com uma primeira experiência numa sala cirúrgica, dar mais tempo, porque depois o resto, quando a pessoa tem as bases da dinâmica do bloco, tudo isto, a pessoa aprende em qualquer valência, não é? E depois as outras fases seriam mais *softs*, porque depois a pessoa precisa é de saber as coisas específicas. A anestesia é similar em qualquer valência, uns fazem mais uma coisa, outros fazem mais outra, mas cateteres centrais metem-se em todas as valências, as linhas arteriais metem-se em todas as valências é semelhante, agora mais específica um bocadinho é a circulação e a instrumentação, basicamente.

Entrevistadora – Isto porque também há elementos que fazem três e quatro integrações por ano em valências diferentes, e se todos os integradores mostrarem o plano de integração diferente a quem está a fazer integração eles, acabam por ficar um bocadinho confusos.

Entrevistada – Dispersos...

Entrevistadora – Por haver tanta diversidade de programas de integração, um por valência em vez de ser um geral.

Entrevistada – Eu acho que é impossível, eu não sei se não seria útil, mas isso sou só eu que digo, em termos de gestão, não exigir tempos, e não exigir que as pessoas estivessem integradas em todas as valências. Eu acho que... haver um grosso da coluna, um grosso por cada valência, um X número de elementos que sim, que se mexem muito bem, são elementos de referência, sim senhora, acho muito bem. Este bloco tem isso desde sempre e eu acho que funciona muito bem.

Entrevistadora – Quem mais faz tardes, quem mais faz roulement...

Entrevistada – É evidente que há um grosso de pessoas que com certeza que deveria ter mais, na generalidade, isso só a experiência, só os anos é que permitem que a pessoa tenha a segurança suficiente para... não é a pessoa estar 3 meses aqui e depois ir mais três meses para aquela valência... a pessoa não fica capaz de ter capacidade de resposta para tudo. Por conseguinte, não sei, não me

competete a mim dizer mas se calhar haver um grosso da coluna para cada uma das valências e depois haver mais um conjunto de elementos que tanto funcionavam nesta como funcionavam nesta aqui, mais ou menos, e haver assim por núcleos, não sei se me faço entender... Por exemplo a Valência Y é uma valência complicadíssima nesta casa.

Entrevistadora – E que tem basicamente dois elementos integrados.

Entrevistada – Mas isso aí já mete outros problemas... Porque a valência Y é uma valência que precisa de muita prática!

Entrevistadora – Os três meses seriam de certeza insuficientes. O material está sempre a mudar...

Entrevistada – Sempre a mudar, instrumentar a valência Y, uma das suas componentes cirúrgicas é extremamente complexa. Eu sei disto com conhecimento de causa. É extremamente complexa, se calhar até mais complexa do que a valência Z, acho eu. Porque a dinâmica da instrumentista, em relação à equipa cirúrgica é muito grande. Um instrumentista na valência Y tem muita dinâmica.

Entrevistadora – De forma a aferir quais as áreas que precisavas melhorar, quantas reuniões periódicas é que fizeste em conjunto com a enfermeira chefe e o enfermeiro em integração? Ou seja, imagina que tens uma enfermeira em integração na valência X. Fazias reuniões periódicas de avaliação?

Entrevistada – Assim, reuniões, reuniões formais, acho que não fazíamos.

Entrevistadora – Do género, só passa para a circulação depois de ser avaliada pela chefe, o enfermeiro integrador e o enfermeiro em integração.

Entrevistada – Eu acho que não havia assim reuniões propriamente formais; havia conversa sim, era normal que a pessoa que estava a integrar tivesse falado com a chefia, na perspetiva de perguntar como é que está fulano, como é que está sicrano, como nós atualmente fazemos, mas assim reuniões com os três elementos: o integrador, o integrado e a chefe, assim reuniões formais não.

Entrevistadora – E hoje em dia fazes com os enfermeiros que estão a teu cargo em integração?

Entrevistada – Quer dizer, eu com os enfermeiros que estão em integração, que estão a integrar-se connosco, eu tenho muitas conversas e às vezes chamo-os à parte...

Entrevistadora – Pois, não, mas uma reunião com a chefe: chefe, enfermeiro de integração e o integrador?

Entrevistada – Não fazemos isso...

Entrevistadora – Não há o cuidado de passar só para instrumentação depois de ser avaliado? Vão ver ao plano e já está a instrumentar?

Entrevistada – A forma como nós estamos a trabalhar agora na sala X, tendo em atenção os períodos tão curtos que temos de integrações, digamos que nós vamos introduzindo a circulação e depois à posteriori a instrumentação de uma forma... não há períodos estanques. Ok? A pessoa está ali a ser integrada na anestesia, numa fase inicial está muito na anestesia, mas depois as coisas vão sendo... vai havendo uma ponte entre as duas áreas. A pessoa é chamada, quando já está mais integrada,

mais interiorizada, vai sendo chamada para a outra área, vai sendo chamada à circulação para determinada situação ou para determinada coisa. Quando ela vai para a circulação, vai sendo chamada à atenção para isto. É ela que faz sempre o *check list* dos ferros, ... Nós vamos interiorizando as coisas progressivamente. E há um dia em que ela é chamada, mesmo estando ainda a circular, é chamada para se desinfetar com a instrumentista. Vai para a mesa para observar, para estar, para mexer nas coisas e as coisas vão sendo integradas de uma forma muito dinâmica. E há um dia em que há uma cirurgia mais simples e ela vai entrar sozinha. Conosco ali a dar orientações. As coisas vão sendo... não há integrações estanques.

Entrevistadora – A partir de hoje estás a circular, a partir de hoje estás a instrumentar...

Entrevistada – Não. Vocês fazem a distribuição lá no gabinete, e nós vamos gerindo, as coisas vão sendo aferidas diariamente, os programas operatórios e as coisas vão sendo... são anéis que fazem um núcleo... as coisas não são estanques. Há uma interligação e a pessoa vai progressivamente aparecendo na circulação, aparecendo na mesa, estás a perceber? Por conseguinte não há aquela clivagem “é hoje já você que está a instrumentar”. Porque nós achamos que também é importante para a equipa cirúrgica as pessoas irem aparecendo na mesa. Um dia estão aqui, no dia seguinte aparecem, já montam uma agulha no porta agulhas, já passam uma hemostática ao cirurgião, já põem uma compressas às mãos do cirurgião, estás a perceber? Por conseguinte as coisas vão sendo mais diluídas, vá lá...

Entrevistadora – Então tem alguma sugestão a fazer de forma a melhorar os diferentes planos de integração?

Entrevistada – Os planos de integração, tendo em atenção que estão organizados como coisas muito estandardizadas e estanques, tem sempre os seus problemas e as suas limitações, mas para mim, os planos de integração, funcionam como guias de orientação, não é? Eu não vou hoje em dia, consultar um plano de integração, para saber o que é que tenho que fazer à pessoa ou para ver o que é que devo fazer à pessoa que está ali na sala. E se calhar também não lho damos a conhecer para a pessoa também não ficar tão presa. Mas funcionam como guias de orientação, e têm que existir.

Entrevistadora – Não podem é ser seguidos à risca porque os *timings* também não o permitem.

Entrevistada – Porque a integração de uma pessoa destas, em funções, já, não é a integração de um aluno, é a integração de um profissional, que tem já competências, tem que ser dada de uma forma dinâmica e tem que ser adaptado todos os dias. Para mim, eu vejo as coisas assim, porque a formação da pessoa tem aquelas condicionantes que eu já falei. Eu acho que é uma coisa dinâmica e flexível. Um suporte escrito tem que existir sim, mas também tem que permitir flexibilidade. Flexibilidade, porque nós nem todos os dias conseguimos. Por exemplo “Tu nesta fase já devias saber instrumentar uma grande cirurgia” ou “já devias saber instrumentar uma grande cirurgia pela técnica X”, mas as coisas são dinâmicas, nós não temos os programas operatórios de acordo com os *timings* da integração, não é? Por conseguinte estas coisas têm que ser feitas de uma forma dinâmica e flexível.

Entrevistadora – Sabes que existe um manual de procedimentos no serviço? Costumas consultá-lo?

Entrevistada – Eu propriamente não, mas dou a conhecer às “crianças mais pequeninas”.

Entrevistadora – Quais são as principais dificuldades neste manual de procedimentos que consideras que existam?

Entrevistada – Os procedimentos também têm sofrido algumas alterações e eu vejo até pelas próprias responsáveis de valência e eu também tenho essa preocupação. Inicialmente os procedimentos eram muito descritivos e agora já começam a aparecer procedimentos com imagens, consoante o cirurgião leva-se isto, leva-se aquilo. Basicamente o que procedimento tem que ser é adaptado à realidade. E basicamente os procedimentos neste momento têm que ser um orientador para a pessoa que não está habituada aquela cirurgia. O procedimento tem que ser: a pessoa chega ali, lê, além do material que é preciso, também tem que saber basicamente o que vai acontecer na cirurgia... E eu penso que os procedimentos mesmo de forma, não digo involuntária, mas eu acho que as pessoas começaram a perceber o que é que era necessário.

Entrevistadora – Devem conter uma breve descrição anatómica...

Entrevistada – Uma pequena nuance, uma breve descrição, vai acontecer isto, isto, isto e isto.

Entrevistadora – Depois o material necessário...

Entrevistada – O material necessário.

Entrevistadora – Alguns dos passos...

Entrevistada – Alguns dos passos, de anestesia isto, cirúrgico isto, percebes? Pequenas coisas.

Entrevistadora – Um guia orientador para aquela cirurgia...

Entrevistada – Um guia orientador, para a pessoa que não sabe. A que não sabe está acompanhada... mas basicamente os procedimentos têm que ser é isso. Têm que ser guias orientadores e com pequenas informações ou pequenas coisas de informação, para a pessoa se orientar. Específicas para aquela cirurgia ou para aquele procedimento ou para aquela situação.

Entrevistadora – E notas que é importante para os elementos que estão em integração?

Entrevistada – Eu acho que é essencial. Eu acho que se calhar eles até utilizam menos do que aquilo que deviam utilizar. Digo eu... mas isso cada um depois... Uma das coisas que nós também dinamizamos na sala é a pessoa ter um blocosinho de notas, onde vai apontando... E eu já cheguei a dar: “tens aqui, escreve”. Onde a pessoa vai apontando aquilo que a gente lhe diz. Ter um pequeno *book* de orientação

Entrevistadora – Para não estar sempre a fazer as mesmas questões...

Entrevistada – Exatamente. As mesmas questões e para saber o que fez. Fui a esta ou aquela cirurgia e escrever as impressões dela e o que é que ela usou, o que aconteceu, as dificuldades que teve.

Entrevistadora – Auxiliares de memória...

Entrevistada – Auxiliares de memória, pronto.

Entrevistadora – Na tua opinião consideras que vídeos com os resumos das principais cirurgias efetuadas por valência, que se encontrem disponíveis na intranet, achas que ia facilitar os planos de

integração dos elementos do bloco? Que pudessem ser consultados na sala, uma vez que os dossiers estão fora da sala.

Entrevistada – Talvez sim. Agora, para nós fazermos esses vídeos, seria um bocadinho... Que possibilidade é que nós temos de fazer esse vídeo, não é? E para além de que as pessoas também têm possibilidade na sala, têm internet na sala e possibilidade de ir ao Youtube buscar um vídeo que lhes possa dar orientações. Agora se era útil nós termos por valência os vídeos das cirurgias...?

Entrevistadora – Seriam vídeos muito sucintos em que apareceria por exemplo uma pequena descrição da anatomia, com imagens que fica sempre mais informação do que só escrito, dos passos cirúrgicos e depois do material, por exemplo imagens da mesa cirúrgica colocada, o sítio onde estará a instrumentista relativamente às posições dos cirurgiões e ajudantes ... esse tipo de informação.

Entrevistada – Só experimentando e vendo a utilidade que pudesse ter. No fundo é um procedimento em vídeo. Fazer em vez de ser em suporte de papel, fazemos um caderno ou dossier de procedimentos de imagem.

Entrevistadora – Sim, basicamente, e que estivesse disponível em plena sala operatória, não deixando de existir os procedimentos em suporte de papel.

Entrevistada – Só experimentando. Agora como é que nós conseguíamos fazer isso, não é? Isso era mais difícil, porque para nós fazermos isso, tínhamos que pedir apoio ao gabinete de audiovisuais, porque nós não sabemos fazer processamento de imagem.

Entrevistadora – Trabalhar o vídeo depois...

Entrevistada – Trabalhar o vídeo porque nós iríamos gravar a cirurgia na íntegra e fazer depois os cortes necessários. Isso era uma experiência a tentarmos, mas agora não me parece exequível nas dinâmicas que nós temos atualmente. Também digo isso. Mas pronto...

Entrevistadora – Desejas acrescentar alguma coisa?

Entrevistada – Não. Acho que já disse tudo aquilo que tinha a dizer.

Entrevistadora – Certamente que esta entrevista vai ser muito útil para o meu trabalho. Muito obrigada pela disponibilidade e pelo tempo que despendeste e qualquer dúvida que eu tenha eu volto a falar contigo.

Entrevistada – Com certeza.

Entrevista 2

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela tua disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do hospital de Egas Moniz. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Realço que todas as informações aqui recolhidas são de caráter confidencial, não será nunca atribuído o teu nome e a entrevista não será associada a ti. Autorizas a gravação?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Caso seja necessário, eu depois vou disponibilizar a entrevista toda transcrita para papel para que possas ler e dizer se era ou não o que querias dizer ou se não queres que determinada parte apareça.

Entrevistada – Acho isso bem, acho isso bem.

Entrevistadora – De forma a poderes modificar o que entenderes. Queres colocar alguma questão antes de começarmos?

Entrevistada – Não

Entrevistadora – Então vamos... Relativamente ao teu percurso profissional, nomeadamente a experiência em bloco operatório, qual é que é o teu tempo de exercício profissional?

Entrevistada – Aaaaaa... (riso) É para aí uns 16 anos em bloco e uns 5 fora de bloco. Mais ou menos...

Entrevistadora – 21?

Entrevistada – Sim, 21. Sim

Entrevistadora – Então tempo de exercício profissional 21 e de bloco operatório 16 anos.

Entrevistada – Penso que sim. Mais ou menos.

Entrevistadora – Tinhas experiência prévia de desempenho de funções em bloco operatório antes de vires para este?

Entrevistada – Não, não!

Entrevistadora – Relativamente à tua opinião sobre a integração de enfermeiros no bloco operatório, mais especificamente no Hospital Egas Moniz, neste Bloco Operatório Central, conta-me como é que correu o teu período de integração no bloco, as dificuldades que tiveste, como as superaste e eu vou colocar-te umas questões para que seja mais fácil orientares-te

Entrevistada – Sim, ok.

Entrevistadora – Quanto tempo de duração é que teve o teu período de integração, que é considerado o acolhimento e observação? Aquele tempo em que não estás a contar ainda como elemento, sem estar de anestesia nem a circular nem a instrumentar.

Entrevistada – Aaaa... Não me lembro muito bem, mas deve ter sido um dia.

Entrevistadora – Tu já eras de outro serviço da instituição?

Entrevistada – Já era de outro serviço.

Entrevistadora – Portanto já conhecias a instituição.

Entrevistada – Já conhecia, mas o trabalho no bloco é completamente diferente! Portanto, é partir do zero outra vez.

Entrevistadora – Quanto tempo de duração é que tiveste no período de integração como enfermeira de apoio à anestesia?

Entrevistada – É assim, integração eu tive... não chegou a um mês.

Entrevistadora – Sempre acompanhada?

Entrevistada – Sim... sei lá...

Entrevistadora – Estavas sempre a contar como elemento extra na sala?

Entrevistada – Sim, como extra. Sim.

Entrevistadora – Estavam sempre 4 e durante um mês mais ou menos estiveste sempre acompanhada.

Entrevistada – Sim, sim. Mais ou menos.

Entrevistadora – Depois permaneceste muito tempo de anestesia?

Entrevistada – Não sei... sim.

Entrevistadora – Começaste a ir também para a circulação?

Entrevistada – Fiquei de anestesia muito tempo. É assim, nós começávamos anestesia de adulto e de crianças. Eu lembro-me que depois fui logo para as crianças sem integração nenhuma! E foi muito mau.

Entrevistadora – Também entraste numa altura em que o bloco operatório tinha poucos profissionais... Havia muita gente a seguir turnos...

Entrevistada – Sim! Exatamente... Lembro-me perfeitamente de ter feito entrevista com a chefe e dizer-lhe “nunca tive com crianças”!

Entrevistadora – Foste logo para as crianças mesmo sem teres integração.

Entrevistada – Sim, fui logo para as crianças e nunca tinha tido integração e fiquei na sala X. Pronto... que não correu muito bem!

Entrevistadora – Então as integrações quando entraste para o bloco também eram fugazes tal como são agora...

Entrevistada – Sim. Também eram. Se calhar não era tanto, mas eram.

Entrevistadora – O período de integração na 3ª fase, enquanto enfermeira circulante, foi mais ou menos quanto tempo?

Entrevistada – Não me lembro... não sei...

Entrevistadora – Foi mais ou menos pelos mesmos “*timings*”?

Entrevistada – Eu acho que circulação nem foi muito, depois passei para a instrumentação.

Entrevistadora – Na primeira valência em que tiveste o tempo total foi mais ou menos quanto tempo? Um ano? Meio?

Entrevistada – Ai! Qual ano, qual meio...! (riso) Foi menos. Não sei precisar mesmo.

Entrevistadora – Quais é que foram as principais dificuldades que sentiste na altura e como é que conseguiste superar? Se é que sentias dificuldades...

Entrevistada – Sim, sentia dificuldades. Eu cheguei a passar a noite a estudar cirurgias... (riso) A primeira vez que eu fiz uma craniotomia fiz sozinha...

Entrevistadora – Não tinhas estado acompanhada nunca?

Entrevistada – Não tinha estado acompanhada... Eu lembro-me que estava a enfª X de fora e eu estava na cirurgia... Foi muito bom... Eu essa noite, quando vi a distribuição, fiquei a noite toda a ver...

Entrevistadora – E como é que conseguiste superar as dificuldades?

Entrevistada – Os cirurgiões ajudavam, os nossos colegas ajudavam o que podiam, de fora... porque tu...

Entrevistadora – Era mais na instrumentação que sentias as principais dificuldades, por não conheceres... De anestesia não tanto.

Entrevistada – Sim, e de anestesia também!

Entrevistadora – Com as crianças?

Entrevistada – Principalmente com as crianças... foi um bocadinho complicado.

Entrevistadora – Então a tua integração foi feita um bocadinho às tuas custas, não sentindo tanto acompanhamento ou pelo menos durante o tempo necessário, mas muito a ter que partir de ti, com a iniciativa de ter de estudar...

Entrevistada – Várias coisas... Sim, sim.

Entrevistadora – E até a ter que estar os cirurgiões a ajudar na integração

Entrevistada – Sim. Bem, ajudaram-me muito! Foram muito queridos. É assim. Eu acho que é um processo de várias pessoas... Os nossos colegas também, só que... nem sempre há disponibilidade. Sim.

Entrevistadora – Que avaliação é que fazes dos planos de integração atuais? Quais é que consideras serem as principais diferenças da integração que era feita antigamente quando tu entraste há 16 anos e das integrações feitas agora?

Entrevistada – O que eu acho é que é assim: há pessoas que se integram melhor numas partes do que outras. Portanto, o tempo de integração é muito diferente. E o dizermos: “Ah! É um mês para a anestesia”... Há pessoa que não precisam de um mês, mas há pessoas que até precisam de mais que um mês. O que não quer dizer que depois não venham a ser até melhores profissionais que os outros.

Entrevistadora – Exato, mas cada um tem os seus “*timings*” na aprendizagem.

Entrevistada – Sim, e não tem que ser estanque. Eu acho que era fundamental ver como é que a pessoa se sente no fim de cada etapa. Não é: “tens um mês para te integrares.” Pronto... estejas ou não estejas... Percebes? E eu acho que não há assim grande diferença de quando eu... É assim, as pessoas eram um bocado mais brutas... eu acho... quando nós entramos as pessoas eram mais rigorosas, mais brutas, não havia rendição para almoço... não havia nada... Tu estavas ali até às 4 da tarde se fosse necessário e ficavas... Tantas vezes na valência X que eu fiquei... eu nem tinha fome, se queres que te diga... qual fome...! Quer dizer?!

Entrevistadora – Quais as diferenças em relação à atualidade no que se refere aos períodos de integração dos novos elementos? De que forma é que achas que piorou ou que melhorou relativamente ao que era?

Entrevistada – Eu acho que é assim... às vezes nós não temos muito tempo, cada vez temos menos tempo para fazer as integrações.

Entrevistadora – Isso enquanto integradora.

Entrevistada – Sim. Enquanto integradora. Mas às vezes nós também sentimos que do outro lado as pessoas não aceitam muito bem... não é de todas as pessoas mas de algumas pessoas. Tem que haver um trabalho da parte de quem está a ser integrado. Tem que haver!

Entrevistadora – Tal como tu dizias que levavas uma noite sem dormir a estudar...

Entrevistada – Tem que haver! Há coisas que a pessoa tem que saber porque é que está a fazer... Não é só: “Ai o fulano faz eu também vou fazer...”. Tem que saber porque é que faz! Tem que haver muito trabalho. O que nem sempre... pronto as pessoas chegam ali, ouvem e ficam à espera...

Entrevistadora – Ficam à espera da informação e não parte nada deles...

Entrevistada – Exatamente. Muitas vezes. Porque por exemplo circulação, tem que partir muito da pessoa para ver onde é que estão os materiais todos. Para saber onde é que estão as coisas. O que é que precisa para a cirurgia, refletir sobre cada cirurgia e ver: “eu preciso disto, disto e daquilo...”. Mas para isso é preciso estudar um bocadinho e saber...

Entrevistadora – Não é só ficar à espera que lhes digam, também tem que partir do próprio a iniciativa.

Entrevistada – Por exemplo “Ai eu nunca vi essa cirurgia...”. Ok. Nunca viu, mas a pessoa pode fazer um trabalho para saber minimamente o que é a cirurgia, e o que é que precisa para a cirurgia.

Entrevistadora – Qual a tua opinião sobre a integração dos novos elementos? Como é que achas que deveria ser feita a integração dos novos elementos no bloco operatório?

Entrevistada – É isso mesmo... Eu acho que a pessoa...

Entrevistadora – Devem ser incentivados a estudar?

Entrevistada – Ser incentivados a... e depois haver reunião periódica com as pessoas para dizerem as dificuldades que estão a ter, o que é que se devia insistir mais, que a pessoa tem dificuldade em... ou não tem dificuldade. Porque há passos que se calhar até podíamos aligeirar e insistir muito mais noutros. Não quer dizer que seja só o tempo de integração. Ok, de acordo com cada um, a pessoa pode ser mais rápida ou menos...

Entrevistadora – De forma a conhecer qual o nível de cumprimento do plano de integração no bloco, habitualmente segues os tempos indicados nos planos de integração?

Entrevistada – Não, não sigo.

Entrevistadora – Não segues, porquê? Qual é a principal razão?

Entrevistada – Não sigo! Por isso mesmo, porque as pessoas... há passos e há “*timings*” que a pessoa já passou à frente e há outros que precisam de mais tempo. Portanto eu acho que não tem que haver um plano rígido para a pessoa. Cada pessoa é uma pessoa e tem que se adequar.

Entrevistadora – Dás a conhecer o plano de integração aos enfermeiros que estão a teu cargo?

Entrevistada – Sim, normalmente sim.

Entrevistadora – Porque existe um por valência. Estas questões também têm a ver com o facto de haver um por cada valência, mais um para recobro.

Entrevistada – Se tu reparares, os das valências (o do recobro não sei) são todos iguais.

Entrevistadora – Exatamente, o que eu queria dizer é mesmo isso. Como é semelhante em todos porque não fazer um que fosse comum a todas as valências e um então para recobro. Um para bloco operatório e um para recobro. Imagina que uma pessoa faz 3 ou 4 integrações num ano, 3 ou 4 vezes estará a ler o mesmo plano de integração.

Entrevistada – Porque não faz sentido. Imagina, uma pessoa já está integrada em anestesia, não faz sentido estar outra vez... não faz!

Entrevistadora – De que forma é que consideras que o plano de integração pode ajudar os novos enfermeiros nas suas integrações?

Entrevistada – Pelo menos orienta-os...

Entrevistadora – Nos objetivos?

Entrevistada – Nos objetivos! Tem alguns objetivos que vão traçando e vai orientando as pessoas para ver se sabem isto, mais ou menos.

Entrevistadora – Não pode é ser tão balizados os tempos...

Entrevistada – Exatamente!

Entrevistadora – De forma a aferir quais as áreas que precisavam de melhorar, os enfermeiros que têm estado a teu cargo, quantas reuniões periódicas é que fizeste em conjunto com a chefe e com os enfermeiros que estão em integração?

Entrevistada – Nenhuma. Eu nem percebo quem é que estabelece se eles estão integrados, se não estão... Não faço ideia a quem é que... Às vezes as pessoas dizem: “Ah, já acabei a integração! Ai já acabaste?” Ummm...! Está bem! Pronto...

Entrevistadora – Ou seja parte da chefia dizer que aquele enfermeiro vai para lá ser integrado, ou nem sequer te é entregue nenhum enfermeiro?

Entrevistada – Nem sequer é dito nada. Aparece lá o elemento e eu penso “o que é que estás aqui a fazer?”.

Entrevistadora – Nem o enfermeiro integrador sabe que é para integrar, não é informado diretamente, nem quem está a ser integrado quem é que ficará com ele...

Entrevistada – Não! Eu às vezes digo coisas, vou integrando, porque a pessoa está ali para ser integrada... mas não é que ninguém me tenha dito que aquela pessoa é para integrar... Não sei como é que a chefe chega à conclusão que estão integrados.

Entrevistadora – Da mesma forma que ninguém é colocado e te é dito tens este enfermeiro...

Entrevistada – Nem que vai ser integrado, nem que vai ser retirado.

Entrevistadora – Também não te perguntam se está apto para passar à fase seguinte? Se não está apto... Não há reuniões periódicas?

Entrevistada – Não, não! Não há nada.

Entrevistadora – Sugestões que tenhas a fazer para melhorar os diferentes planos de integração.

Entrevistada – Posso sugerir precisamente que nos vão entregar a pessoa e nos digam o que é que pretendem. Ser integrado em quê? Que depois haja reunião para saber se a pessoa de anestesia já está integrada e pode passar... quer dizer... ou quais são as dificuldades da pessoa...! Que até é importante que a pessoa diga as dificuldades que está a sentir, para o outro conseguir ajudar.

Entrevistadora – As reuniões periódicas são tanto para o integrador dizer a fase em que está como para quem está em integração as principais necessidades.

Entrevistada – Exatamente, mas esse diálogo não existe. Se houver é uma conversa informal em que se pergunta: “olha, onde é que tens mais dificuldades”.

Entrevistadora – “Conversa de corredor”, não uma conversa formal?

Entrevistada – Não! Conversa de corredor.

Entrevistadora – Conheces o manual de procedimentos existente no serviço? Costumas consultá-lo?

Entrevistada – Sim, conheço e às vezes sim, consulto.

Entrevistadora – O *dossier* que existe com os procedimentos escritos. Em que circunstâncias é que sentes maior necessidade de o usar?

Entrevistada – De usar... o *dossier* dos procedimentos?

Entrevistadora – Sim.

Entrevistada – Nas valências que estou menos. Cada vez que é necessário fazer uma cirurgia menos usual... Maioritariamente para ver o material que usam mais, porque o material está sempre em evolução. Há coisas que nós não sabemos que eles vão precisar e então...

Entrevistadora – Essencialmente quando é necessário fazer uma cirurgia com menos prática.

Entrevistada – Exatamente. O que acontece também nas integrações atualmente é que os procedimentos são feitos pelo livro, não quer dizer que seja o que se passa cá no Egas... portanto é uma coisa que está descrita, faz parte do objetivo da chefe do serviço e portanto a pessoa que está a fazer o procedimento nem sequer viu aquela cirurgia à frente, mas faz o procedimento. Que não é procedimento daqui... É um qualquer que viu... pronto... viu por aí.

Entrevistadora – Está nos livros e não é a nossa realidade.

Entrevistada – Outra coisa que acontece muito é que os responsáveis das valências nem sequer sabem que havia aquele procedimento feito. Não sabem! Portanto a chefe decreta: “Faz este procedimento”. Tu nem sequer sabias que existe aquele procedimento. O que é isto? Isto não se faz aqui no bloco... por vezes são de cirurgias que não se fazem cá...

Entrevistadora – Tens conhecimento também que existem os procedimentos na intranet, alguns procedimentos.

Entrevistada – Sim. Alguns sim.

Entrevistadora – Achas de fácil acesso?

Entrevistada – Muito difícil o acesso. Muito difícil o acesso, a consulta... nem sempre se consegue aceder... Esses de todo. Eu não uso mesmo!

Entrevistadora – Consideras que a existência de vídeos com os resumos das principais cirurgias efetuadas por valência que se encontrassem disponíveis na intranet iria facilitar?

Entrevistada – Desde que fosse a técnica que eles usam cá. Se fosse uma técnica qualquer não!

Entrevistadora – Seriam vídeos feitos nestas salas operatórias, com os resumos.

Entrevistada – Ai acho que sim! Acho que sim!

Entrevistadora – A ideia seria fazer uma breve abordagem da anatomia, uma breve abordagem dos passos cirúrgicos, apenas os mais importantes. Seriam vídeos muito simples e rápidos e em que abordavam também a imagem da mesa operatória, a colocação do instrumentista relativamente à disposição da sala e dos cirurgiões e a forma correta de fazer determinados procedimentos.

Entrevistada – Acho que sim, acho que sim!

Entrevistadora – E estaria disponível na intranet.

Entrevistada – Acho que era importante. Acho que sim. Se for de rápida consulta. Porque imagina uma pessoa vai ver: “Amanhã estou aqui”. Até pode ver... se tiver interesse... até pode ver os vídeos. Porque a pessoa assim vê, ouve, há pormenores que se conseguem captar...

Entrevistadora – Ver, ouvir e ler, fica muito mais informação do que apenas ler.

Entrevistada – Sim, muito mais do que ler.

Entrevistadora – Não deixaria de haver aqueles *dossiers*...

Entrevistada – Sim, claro, mas isso era muito bom que houvesse.

Entrevistadora – Desejas acrescentar mais alguma coisa?

Entrevistada – Não, não desejo...

Entrevistadora – Tenho-te a agradecer a tua colaboração. Estou certa que o teu depoimento me será muito útil!

Entrevista 3

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela tua disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do hospital de Egas Moniz. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Realço que todas as informações aqui recolhidas são de carácter confidencial, não será nunca atribuído o teu nome e a entrevista não será associada a ti. Autorizas a gravação?

Entrevistada – Tendo em conta o que disseste, sim.

Entrevistadora – Caso seja necessário, eu depois vou disponibilizar a entrevista toda transcrita para papel para que possas ler e dizer se era ou não o que querias dizer ou se não queres que determinada parte apareça.

Entrevistada – Muito bem feito.

Entrevistadora – Desejas colocar alguma questão antes de começarmos?

Entrevistada – Não. Acho que as questões vêm posteriormente.

Entrevistadora – Então vamos começar. Relativamente ao teu percurso profissional, nomeadamente à experiência em bloco operatório, qual é que é tempo de exercício profissional que tens?

Entrevistada – Tenho que fazer contas, não é? (Riso). Ora 91, estamos em 2017... São para aí vinte e tais, não é?

Entrevistadora – Vinte e seis.

Entrevistada – Vinte e seis? É um bocadinho, não é? Olha que não tinha essa noção...

Entrevistadora – Qual o tempo de exercício profissional no bloco operatório central?

Entrevistada – Aqui desde 2014. Não, não... desculpa... desde 1994... pois é...

Entrevistadora – Faz 23 anos. Vinte e seis anos de experiência e 23 no bloco operatório central do hospital de Egas Moniz.

Entrevistada – Sim, faz 23 anos. É um bocadinho...

Entrevistadora – Então quando começaste a trabalhar no bloco operatório central, tinhas experiência prévia de desempenho de funções em bloco operatório?

Entrevistada – Aqui... quando vim para aqui? Já tinha experiência de bloco operatório.

Entrevistadora – De outra instituição?

Entrevistada – Sim, de outras instituições. Na área de bloco operatório.

Entrevistadora – Só? Nada de recobros.

Entrevistada – Nada de recobros.

Entrevistadora – Como é que decorreu o teu período de integração aqui no hospital, no bloco operatório central, se te lembrares e como é quais as dificuldades que tiveste e como é que superaste? Ou seja, vou tentar fasear para ser mais fácil relembrar. Quando tempo de duração é que teve o período de integração na 1ª fase, quando começaste a trabalhar, quanto tempo é que ficaste de acolhimento e de observação, sem estar de anestesia ainda.

Entrevistada – É assim, não te consigo precisar o tempo que fiquei. Sei que fui muito bem acolhida, aliás, a equipa era uma equipa experiente e, portanto, tinha poucos elementos mais jovens. Eu provavelmente fui uma privilegiada porque era um dos elementos mais novos a entrar. A equipa estava muito equilibrada e raramente entravam pessoas novas ao serviço e isso é super importante para a estabilidade da equipa, não é? Como disse fui muito bem acolhida por toda a gente, “senti-me em casa”, quando ultrapassei a primeira impressão menos boa, mas que rapidamente foi dissolvida, foi o facto de vir como elemento, vindo do bloco operatório do Hospital X, e trazia assim “uma etiqueta na testa”, tipo “uuuiii, como é que ela vai ser?”. Mas isso de pois perceberam naturalmente que não... Pronto, penso que isso foi assim o mais... o mais difícil.

Entrevistadora – Tinhas quantos anos de experiência nesse hospital?

Entrevistada – Tinha para aí 3 anos.

Entrevistadora – Nunca estiveste em enfermaria então? Foi sempre bloco?

Entrevistada – Não. Também estive em enfermaria. Eu estive simultaneamente. Comecei em bloco operatório e enfermaria e depois só em bloco operatório. Em duas instituições diferentes. Sendo que o maior impacto que tive quando comecei a trabalhar foi na primeira instituição onde trabalhei onde quando comecei não havia integração aos novos elementos, isto é, não havia nenhum elemento de referência, éramos atirados assim... pronto agora desenrasca-te... E muitas vezes éramos ajudados por outros elementos que não os da mesma classe profissional, portanto, seria mais pelos anestesistas.

Entrevistadora – Isso fora daqui?

Entrevistada – Fora daqui. É só para também saberes... Aqui já tinha mais experiência e isso também foi uma mais valia para esta instituição, não é? Estive noutra instituição e quando comecei a trabalhar, as coisas não foram muito fáceis.

Entrevistadora – Na outra instituição não havia responsáveis de valência?

Entrevistada – Não havia responsáveis de valência. Entretanto trabalhei paralelamente noutra instituição, também em bloco operatório, em que as coisas já eram diferentes, em que havia já integração dos elementos, tínhamos sempre um elemento de referência e começávamos sempre pela parte da circulação, porque achava-se, ali, que a parte da circulação seria a parte mais favorável para iniciar uma integração em bloco operatório, porque começávamos a conhecer mais ou menos

os *timings* das cirurgias, o que era necessário e não ponhamos (se calhar o que vou dizer causa um bocadinho de impacto, mas é isso mesmo)... é uma forma de causares menos danos ao doente, não é? Porque não estás na anestesia... Se tiveres ali uma falha, é diferente. A anestesia era o último lugar...

Entrevistadora – Depois de instrumentar?

Entrevistada – Sim. E mais... e quanto a mim...

Entrevistadora – Faz algum sentido.

Entrevistada – Quanto a mim faz muito sentido. Porque tu quando já sabes mais, parte da cirurgia, os *timings* da cirurgia, obviamente ficas mais à vontade na parte de anestesia, e não é ao contrário. Penso eu... E portanto, esse caminho era assim que se fazia... circulação, instrumentação, até porque a circulação era já uma via aberta para a parte da instrumentação, digamos assim, não é? E depois no final a anestesia, não é? Quando tu chegavas ao patamar da anestesia, já eras uma enfermeira experiente, não é? Tu a circular estavas no mínimo um ano, só a circular, depois passavas à instrumentação.

Entrevistadora – Por alguma razão, regra geral, quem é responsável de sala circula e é quem “faz uma cirurgia”.

Entrevistada – E falaste agora num ponto importante, até porque a parte da circulação faz a ponte entre a anestesia e a instrumentação, daí ser importante a integração começar por aí. Abraça e torna se calhar o elemento mais sensível o facto de trabalharmos em equipa, de passarmos a informação mais importante ser logo transmitida. Faz ali o intercâmbio entre as duas áreas. Aqui no Egas, eu quando vim, como disse fui muito bem acolhida, não tive assim muito tempo de integração porque já tinha experiência naturalmente, mas depois pronto... fiquei aqui na altura... quando eu entrei fazíamos um bocadinho de tudo. Não havia ninguém afeto à área A, B ou C. lembro-me que após um tempo de eu ter chegado é que começou a haver a construção das equipas por valências. Foi mais ou menos um tempo depois, pouco tempo depois de eu ter chegado.

Entrevistadora – Então de anestesia que a AESOP preconiza como sendo uma segunda fase, agora na atualidade... a primeira fase diz que é a de acolhimento e observação, portanto uma fase de socialização, do conhecimento das pessoas que trabalham no sítio, das áreas, dos espaços físicos. Na segunda fase, de anestesia, estiveste quanto tempo, sendo que já tinhas estado a circular e a instrumentar.

Entrevistada – Estás a gora a avivar-me outra coisa... Antes de entrar para o bloco, nesse bloco que eu te falei, da circulação e da instrumentação, antes de entrarmos para o bloco, fazíamos primeiro 3 dias na esterilização, víamos todos os passos. Isso de observação, a ver as coisas, o que nos dava um certo *know how* para o resto. Portanto eu ia para o bloco operatório, mas não ia logo para o bloco operatório. O primeiro dia foi efetivamente conhecer o espaço do bloco, dar-me a conhecer as pessoas, mas depois fui logo para a esterilização e portanto, estive ali 3 dias na esterilização, a ver como é que as coisas funcionavam, a mexer nos ferros cirúrgicos, nos instrumentos, nos dispositivos médicos, não é? Para saber manusear os dispositivos médicos, a forma como se arrumavam, o nome. É lógico que aí é um mundo, a pessoa não fica a saber todo o instrumental, é impossível, mas ficamos com uma ideia, já ficamos com algum saber, não é? E ficamos logo muito mais sensíveis para a

problemática da esterilização e o que é que facilita da nossa parte. Eu acho que esse intercâmbio é muito importante, o facto de se fazer esse circuito. E depois também, à posteriori, há outra coisa importante é não nos ficarmos só, quando comunicamos com outro serviço, falarmos com uma voz, que essa voz não tem rosto e é importante haver o rosto do outro lado, sabermos com quem é que estamos a falar, acho que é super importante! Haver esse corte acho que em termos temporais é péssimo, não é uma mais valia de todo.

Entrevistadora – E são serviços dos quais nós dependemos e que se a comunicação não é efetiva, corre mal.

Entrevistada – Exatamente, acho que é uma mais valia, é uma forma de construir um bom ambiente terapêutico, penso eu. É uma forma de... uma contribuição, digamos assim.

Entrevistadora – Quando estiveste a fazer integração no apoio à anestesia estiveste sempre acompanhada? Durante quanto tempo?

Entrevistada – Isto já foi há algum tempo, mas olha que estive acompanhada bastante tempo.

Entrevistadora – Meses?

Entrevistada – Meses.

Entrevistadora – Não havia como há agora, o facto de... falta gente ficas a contar como elemento?

Entrevistada – Jamais, jamais. Nunca acontecia isso. E deixa-me dizer-te que isso... tu podes... podemos estar a resolver um problema do momento, mas esse problema que é resolvido nesse momento, vai potenciar esse problema à posteriori, percebes? É muito melhor tu colmatares esse problema de forma eficaz, de forma a que no futuro isso não vá interferir, de forma negativa do que ao contrário e provavelmente atualmente, alegadamente parece que existe aqui o contrário...

Entrevistadora – Que não deveria acontecer.

Entrevistada – E isto é uma bola de neve. Vai sempre aumentando, aumentado...

Entrevistadora – Na terceira fase, enquanto de enfermeira circulante, tiveste quanto tempo de integração?

Entrevistada – Também meses... Então aí no início estive quase um ano.

Entrevistadora – Mas sempre acompanhada? Quatro elementos na sala?

Entrevistada – Quase sempre acompanhada, sim.

Entrevistadora – Depois quando começaste a instrumentar a mesma coisa?

Entrevistada – A mesma coisa.

Entrevistadora – Sempre na mesma valência, ou... num ano fizeste quantas valências?

Entrevistada – Num ano eu fiz praticamente uma valência.

Entrevistadora – Um ano, uma valência...

Entrevistada – Sim, mais ou menos um ano, mais um mês menos um mês, não sei... depois vêm as férias, sim... um ano. Um ano.

Entrevistadora – Quais é que foram as principais dificuldades que sentias na altura e como é que conseguiste ultrapassar? Se é que sentias dificuldades...

Entrevistada – Eu acho que dificuldades sentimos sempre, não é? Por um motivo ou por outro... mais não seja quando tu queres melhorar e é muita coisa nova e queres dar resposta e podes não conseguir dar resposta imediata, mas provavelmente o que me custou mais foi o ambiente austero. Às vezes as pessoas não conseguem... o ambiente às vezes austero, o stress, porque o indivíduo quando vai para bloco operatório, e na altura não havia essa perceção, agora felizmente já há, havia muito a noção que o enfermeiro de bloco operatório é um elemento tecnicista, pura e simplesmente tecnicista, o que não é verdade. Nós somos muito mais do que tecnicistas, nós quando fazemos o acolhimento ao doente... em pouco tempo tens que ter a capacidade de ver naquele doente as necessidades básicas desse doente para aquilo que vai fazer e isso é preciso perspicácia e é preciso experiência e tu... muitas vezes há doentes e tu recebes doentes que estão na enfermaria há não sei quanto tempo e falha ali coisas básicas, portanto, tu tens que ser muito perspicaz e isso não é ser só tecnicista, é muito mais. Depois há as relações interpessoais não é? Isto do ser tecnicista é a parte mais fácil, porque tu vais aprendendo, nem que seja por repetição e acabas por lá chegar. Quando tudo o resto que tens de aprender, o facto do saber ser, o saber estar, o saber fazer, eu diria que os dois primeiros, provavelmente, são os mais difíceis de atingir ou de fazer o caminho. Não sei se me estou a fazer entender...

Entrevistadora – Sim, sim! São os mais difíceis de ir treinando em relação ao fazer. A parte técnica acaba por ser a mais simples. Então a forma como superaste foi através da experiência que ias adquirindo, quanto mais experiência tinhas, mais segura te sentias?

Entrevistada – Sim. E também tentar colher informação, dar resposta, falar com os colegas. Ah! Uma coisa que sempre fiz foi se não sei, não sei. Questiono as vezes que forem necessárias. Foi isto que me ensinaram e utilizo isso até aos dias de hoje. Tenho dúvidas pergunto. Se do outro lado acham idiotice estes anos todos a... não me interessa. Continuo a questionar. Sempre que tenho dúvidas pergunto. Por muito “tola” que possa parecer a pergunta... Acho que é uma coisa que te tem perdido, é o facto de as pessoas... parece que o questionar, é sinónimo de não saber, demonstrares que não sabes o que estás a fazer. Que é perfeitamente errado. O facto de questionares revela inteligência, revela crescimento, revela que não tens problemas de dizer “Olha estou aqui na dúvida... como é que é esta dosagem?” Por exemplo. Às vezes acontece, mesmo as dosagens que tu fazes diariamente, às vezes tens “brancas”. “Esta dosagem é assim? É em 10, é em 5...?”. Qual é o problema? Pergunta-se. É melhor perguntar do que estar a errar, não é?

Entrevistadora – Enquanto enfermeira integradora, e és tida como enfermeira perita do serviço, já fizeste dezenas de integrações, tiveste a cargo mais do que um enfermeiro em integração em simultâneo? Ou tinhas apenas um?

Entrevistada – Não, não. Tive mais do que um.

Entrevistadora – Tinhas mais do que um. E sentias dificuldade?

Entrevistada – É muito complicado, não é? É muito complicado...

Entrevistadora – Exige do integrador um esforço acrescido.

Entrevistada – Sim. Um esforço acrescido, muito grande. Fazeres integração a dois elementos em simultâneo.

Entrevistadora – Que avaliação é que fazes dos planos de integração...

Entrevistada – Deixa-me dizer que por vezes até a três... Chegou também, tu sabes não é, que houve aí situações que... é muito complicado, não é?

Entrevistadora – E três numa sala, por exemplo? Contigo?

Entrevistada – Sim. Aconteceu também.

Entrevistadora – Três... recém experientes.

Entrevistada – Não era o habitual, mas que aconteceu... aconteceu.

Entrevistadora – Que avaliação é que fazes dos planos de integração atuais? Quais é que consideras serem as principais diferenças dos planos de integração antigamente e a atualidade. A forma como tu foste integrada em relação às integrações que se fazem atualmente. Estão muito «diferentes?

Entrevistada – Uma das coisas que eu acho que é importante é se calhar mudarmos também a nossa mentalidade. Porque é assim... nós não somos todos iguais e portanto não temos todos o mesmo ritmo. Isso não é mal nenhum. O facto de sabermos que para atingir um determinado nível, eu demoro mais um dia que tu ou outro elemento que demora 5 min... Isso tem a ver com os *timings* de cada um, o que não significa que à posteriori, as coisas não sejam inversas depois, não é? Pronto, e não deveria haver na minha opinião, alegadamente, não deveria de haver problemas em a pessoa dizer “Ok. Estou aqui há um mês, mas ainda não me sinto integrada, não me sinto à vontade”. Eu acho que temos que pensar muito bem aqui, porque se o elemento não se sente à vontade, para já, em primeiro lugar, não deve ter receio de o verbalizar. Se tem receio de verbalizar, temos que questionar porquê... Porque é que será que esse elemento tem receio de verbalizar... será que é penalizado superiormente? Será que lhe é apontado o dedo “Como é que é possível, então está aqui há tanto tempo, como é que não é capaz...”, não é? Temos que ter isso em conta. Portanto, eu acho que aqui, se queremos fazer as coisas bem feitas, temos que ser honestos connosco próprios e acho que temos que ter a capacidade de uma coisa. Se queremos fazer bem as coisas, é tentar despir o nosso olhar de momento, ver o que é que estamos a fazer e conseguir olhar de outro ângulo e tentar ver o que é que é realmente o ideal.

Entrevistadora – E haver procedimentos que sejam gerais mas não ser chapa 3, ou seja, cada pessoa tem o seu *timing* e se for necessário, lógico que não pode ser necessário mais um ano ou dois, mas...

Entrevistada – Eu quando digo ter um *timing*, ninguém está a propor que eterno...

Entrevistadora – Que seja flexível...

Entrevistada – Sim, mas há coisas que às vezes é mais um bocadinho e pronto. Porque temos que ter em conta que as experiências não são todas iguais, os programas operatórios não são os mesmos, não é? Porque tu tens às vezes alturas que tens sempre mais ou menos o mesmo tipo de cirurgia, e que não apanhas outras. Temos que ter em conta as equipas cirúrgicas que calham que isso também

é muito importante, não é? Os horários, se o integrador esteve de férias e passaste para outro elemento, se houve feriados, há uma série de coisas que não se pode dizer é um mês pelo total e às vezes isso, alegadamente parece que aconteceu. Parece-me, não sei...

Entrevistadora – Qual a tua opinião sobre a integração de novos elementos em bloco operatório? Como é que achas que devia ser feita a integração dos novos elementos no bloco operatório?

Entrevistada – Olha, eu não sei, mas eu acho que se devia começar tudo de novo. Acho que estamos num período crucial para o fazer, eu acho que estamos a mudar o bloco, a renovar o bloco e se calhar devíamos aproveitar este *timing* para renovar também as outras coisas, nomeadamente as integrações. Em primeiro lugar acho que as pessoas se deviam sentar, não é? E ser algo partilhado, não ser só cingido a dois ou três cérebros, digamos assim, auscultar a opinião... outra coisa muito importante, eu acho que se calhar poderia ser feito e se calhar alegadamente não é feito, que é auscultar verdadeiramente as pessoas que estão no terreno, e ouvir o que as pessoas dizem que isso é muito importante. Ouvirmos o que as pessoas do terreno dizem, se as pessoas referem certas coisas, certas dificuldades, provavelmente é porque existem, não podemos ignorá-las. Se não auscultamos as pessoas no terreno e se não levamos a sério o que as pessoas nos transmitem, as pessoas acabam por “desistir”, de verbalizar... Para quê falar?

Entrevistadora – Relativamente ao nível de cumprimento do plano de integração dos enfermeiros no bloco operatório, habitualmente segues os tempos indicados no plano de integração? Existem planos de integração por valência. Segues? Dás a conhecer o plano de integração ao enfermeiro que tens ao teu cargo?

Entrevistada – É assim, esse plano de integração é muito taxativo, é um bom começo, está muito bem feito teoricamente, mas na prática, fazer aqueles *timings* é extraordinariamente difícil. Eu confesso que no início tentei, porque nós não podemos emitir uma opinião que seja credível, sem experimentar. E portanto, eu tentei fazê-lo, mas não se consegue. Não consegui, devo dizer-te, levar um plano daqueles de integração, que nós temos, do princípio ao fim, da forma como está estipulado porque é muito taxativo... e os *timings*... é muito difícil e não consegui levar até ao fim. Nem eu nem a parte superior, nas entrevistas, no feedback... Nenhum de nós, penso eu, nenhum da cadeia conseguiu levar, inclusive quem está em integração, acho que temos que elaborar planos... em primeiro lugar, para as coisas funcionarem bem, acho que têm que ser planos de fácil execução, com objetivos que sejam atingíveis. Porque na prática isso é muito complicado...

Entrevistadora – O que temos está muito teórico...

Entrevistada – Está muito teórico!

Entrevistadora – Eu questiono isto porque existe um plano de integração por cada valência, mais um no recobro. Se nós tivermos enfermeiros que façam três ou quatro valências, ou duas valências e recobro num ano, 2, 3 ou 4 vezes vão ler um plano de integração que diz basicamente a mesma coisa e estava a pensar também em reformular essa parte e ser criado um plano de integração que fosse transversal a todas as valências cirúrgicas e outro para o recobro. Só haver dois.

Entrevistada – Pois, eu acho que tem que ser uma coisa prática, uma coisa mais prática. Se não for uma coisa mais prática e verdadeiramente atingível, não se consegue. Se é para ficar bonito, ok. Se é realmente para fins práticos, então tem que ser de outra forma.

Entrevistadora – Se é para ser seguido tem que ser criado de outra forma... Dás a conhecer o plano de integração aos enfermeiros que estão de integração contigo? Quando eles chegam ao pé de ti dizes-lhes que existe?

Entrevistada – Ultimamente não o tenho feito. Não o tenho feito porque é impossível, não se consegue. A acumulação de muitas coisas e não se consegue. A pessoa diz, portanto, dá a conhecer que existe, mas não dá tempo para isso. Logicamente já fiz isso, como te disse, mas ultimamente não.

Entrevistadora – De que forma consideras que o plano de integração pode ajudar os novos elementos nas suas integrações? Ou não...

Entrevistada – Um plano de integração, seja para que funcionalidade for, para que situação for, é sempre uma mais valia! Nós termos um plano por onde nos podemos guiar e saber, é sempre uma mais valia e eu não ponho isso em causa. Eu acho que teres um guia, mas tem que ser um guia prático, de leitura fácil e que seja exequível e que haja tempo também, porque isto é tudo muito bonito mas, tu estás na sala, estás a fazer integração e é a pressão dos *timings*, do tempo da sala entre uma cirurgia e a outra, a preparação do material e equipamento, dás resposta a “n” coisas em simultâneo. São os telefones na sala... já agora... os telefones quando foram para a sala era para os profissionais ligarem... e agora liga-se para a sala para tudo, para as coisas mais absurdas possíveis e não tens tempo, ou é dado um tempo extra de meia hora ou uma hora para o integrador e quem está em integração ficarem juntos, para mostrar o plano de integração e para falar ou então não se consegue, não é? Dentro da sala, na minha opinião, sinceramente, se formos honestos, ninguém consegue fazer isto. Ou então se fazem... há aqui qualquer coisa que não bate certo. Não sei... digo eu...

Entrevistadora – De forma a aferir quais as áreas que os enfermeiros que estão de integração precisam de melhorar, quantas reuniões periódicas é que fazes ou vais fazendo ou fizeste em conjunto com a enfermeira chefe e com o enfermeiro que está de integração?

Entrevistada – Que me lembre... posso estar errada, mas que me lembre... uma vez.

Entrevistadora – Então as tais reuniões periódicas que permitem que o enfermeiro passe à fase seguinte, não são feitas. Ou seja, a chefia chega um bocadinho à conclusão que: este enfermeiro agora vai passar para o posto seguinte, mas não questiona quem o está a integrar...

Entrevistada – Eu até diria mais... Tu estás-me a apresentar as coisas já na parte final, que é: a integração está a ser feita...

Entrevistadora – Passar por exemplo da circulação para a instrumentação, ou de anestesia para circulação...

Entrevistada – É porque nem sequer é feita no início... Que é apresentar o elemento e dizer assim: “Este elemento vai ficar agora na valência, vai ficar contigo...” Nem isso é feito...

Entrevistadora – Quem está em integração não sabe bem com quem está, e quem está a integrar...

Entrevistada – Nem quem está a integrar se vai fazer essa integração ou não, tu que estás com o elemento comesças a integração, mas depois sai e vem outro elemento. Quer dizer, podes estar com

um elemento... já aconteceu, que a pessoa pensa e transmite, é o próprio elemento que diz “Agora acho que venho fazer a integração aqui”. Acho! E tu comesas, mas passado dois ou três dias vai para outro sítio qualquer. Não se consegue. E portanto, isto não é uma coisa pontual... E acho que se deve começar pelo início. O início é também dar informação às pessoas que agora vai o elemento X iniciar a integração. Para tu saberes que é para iniciar. Para saberes como é que deves proceder, porque não se pode começar pelo fim.

Entrevistadora – Como é que se pode saber se foi feita integração ou não se nem sequer foi apresentado o integrador. Se não existe um elemento formal?

Entrevistada – Exato. Acho que não, eu penso que não.

Entrevistadora – Tens algumas sugestões a fazer de forma a melhorar os diferentes planos de integração?

Entrevistada – Olha eu acho que deveria haver... Em vez de haver um plano de integração por cada valência, não é? Seria mais fácil um mais em conjunto. É lógico que depois vai haver pequenas alterações...

Entrevistadora – Mas os planos de integração também acabam por não abarcar essas especificidades.

Entrevistada – Mas essas especificidades eu acho que ficam logo inerentes, e à partida. Mas acho que um plano de integração, devia de haver um que fosse assim uma coisa mais... com objetivos mais traçados e exequíveis.

Entrevistadora – Os tempos de integração achas que são escassos? Estamos a ter cerca de 3 meses para cada valência...

Entrevistada – Se são escassos?!

Entrevistadora – Mais ou menos em relação ao que deveria ser...

Entrevistada – Eu não tenho a noção desses 3 meses, mas se calhar há uns que são mais, outros que são menos. Mas é manifestamente pouco, não é?

Entrevistadora – A AESOP preconiza que enfermeiros que vêm diretamente da escola sem experiência deveriam ter um ano e meio de integração em bloco. Se vêm de outros sítios, ou seja, que já trabalham por exemplo em enfermaria, deveriam ter um ano de integração em bloco e quem tem experiência em bloco, e vem para um bloco novo deveria ter pelo menos 6 meses. Portanto estamos um bocadinho aquém dos tempos que são preconizados.

Entrevistada – Eu acho que um elemento que vem para o bloco operativo pela primeira vez, muito honestamente, só ao fim de um ano e recorda também quando entraste... é porque é muita coisa para aprender, é muita informação. Ao fim de um ano...

Entrevistadora – ... achamos que não sabemos nada...

Entrevistada – ...ainda achamos que não sabemos nada, não é? Ao fim de um ano...! E isso não quer dizer que não estejas a fazer um boa integração, e que não estejas a fazer uma boa aprendizagem,

mas convenhamos... um ano... não é nada... Um ano é o mínimo para tu começas a... antes de um ano não é nada.

Entrevistadora – Um ano pelo menos numa primeira valência.

Entrevistada – Eu acho que sim...! Porque mesmo que estejas mais numa valência, uma valência dá-te mais estabilidade pela equipa toda, não é? Pelo geral... pronto. Acho eu. Até porque depois esse elemento quando vai para outra área cirúrgica, certamente que vai demorar muito menos, porque já há coisas que já conseguiu aprender.

Entrevistadora – Que são comuns às várias valências.

Entrevistada – Exatamente! Também acho outra coisa, que o primeiro ano de integração em bloco operatório, em bloco e se calhar no exercício profissional, a outros níveis, deve ser o ano que se deve dar a maior aposta a esse profissional, porque certamente que o futuro, o futuro do serviço vai depender desse novo elemento, não é? Porque esse elemento vai ser a cara futura do serviço e, portanto, deve-se apostar, se queremos um bom serviço, se queremos ter um serviço que esteja no topo, não é? E porque o futuro assim o diz, que começam a haver a escolha dos serviços pela qualidade que esses serviços têm, então, se estamos em remodelação do bloco, então nada melhor do que começar por aí. Temos que começar a ver o que é que nós queremos. Acho que a primeira coisa a fazer é pensar o que é que nós queremos. Que serviço é que nós queremos, não é? Pronto. Se queremos um serviço que esteja à altura dos melhores serviços a nível nacional, porque não?

Entrevistadora – Temos todos os requisitos para o ser...

Entrevistada – Só não conseguimos se não trabalharmos para isso, e até te digo que é uma mais valia também para as pessoas ficarem mais motivadas para o seu exercício profissional, mas é importante também que as pessoas não se esqueçam que a maior riqueza que os serviços têm é precisamente os recursos humanos que muitas vezes são esquecidos. E apostar nos recursos humanos é certamente uma mais valia para o sucesso desse serviço e acho que é extraordinariamente importante... agora voltando atrás, se queremos apostar num bom serviço, apostar no primeiro ano nesses profissionais que devem ter uma boa integração. O primeiro ano eu acho que é crucial para o futuro. É como uma criança, aquilo que tu ofereces a um bebé, vai-se depois refletir em adulto e aqui é a mesma coisa e acho que andamos um bocadinho esquecidos desse facto. Isto é a minha modesta opinião que não sou nada nem ninguém... Mas acho que estava na altura de pararmos todos um bocadinho e vermos o que é que queremos do serviço e mudar o que é necessário. Pronto. Não sei se disse alguma coisa...

Entrevistadora – Disseste muito!

Entrevistada – É a minha opinião...

Entrevistadora – Conheces o manual de procedimentos existente no serviço, costumás consultá-lo?

Entrevistada – O manual de procedimentos? Sim, quando preciso vou ver.

Entrevistadora – Mais ou menos em que circunstâncias?

Entrevistada – Quando tenho dúvidas para uma cirurgia. Porque como deves calcular, eu apesar destes anos todos de bloco operatório, eu não domino as áreas todas. E, portanto, há muitas

cirurgias que eu não sei efetivamente. Agora já vou tendo aqui umas ideias, pois tenho passado por mais valências, mas quando se está muito afeta a uma valência, como deves calcular não se consegue ter essa abrangência tão grande e, portanto, eu vou. Só que há também aqui uma coisa a assinalar, é que muitas vezes, e já me aconteceu várias vezes, quando vou à procura dessa folha, portanto vais ao índice e vês, e não está lá a folha. Portanto, alguém foi consultar e ficou com isso.

Entrevistadora – Essa é uma das minhas queixas. Era a questão que te ia colocar de seguida, quais as principais dificuldades encontradas.

Entrevistada – Essa é uma das principais dificuldades encontradas. Portanto, eu acho que era, eu acho que todos nós estamos sensibilizados, aliás, isto é dito várias vezes. As pessoas de referência do serviço, a parte da chefia fala isto várias vezes, para consultarem e voltarem a pôr, ou se tiverem que tirar fotocópia, voltarem a pôr, mas nós somos muitos e se calhar uns são mais esquecidos do que outros e assim, não é? Mas há uma coisa que não podemos estar alheias, é que isto acontece, e se acontece temos que arranjar uma solução para ultrapassar isto e então aí está o facto de estar na intranet, a gente poder consultar. Isso eu acho fabuloso...

Entrevistadora – E não dá para desaparecer.

Entrevistada – Sim, mas que seja de fácil consulta, não que tenhas que ir buscar as aplicações, ires ali... ou então perdes imenso tempo. Tem que ser uma coisa rápida.

Entrevistadora – Consideras que a forma para pesquisar na intranet não está de fácil acesso?

Entrevistada – Não, não está. E temos outro problema. É também o acesso ao computador.

Entrevistadora – Que é um para várias pessoas.

Entrevistada – Eu acho que deveríamos ter um, uma coisa amovível, ou algo assim, só para os enfermeiros.

Entrevistadora – Que são 3 por salas. São muitos

Entrevistada – Não sei, acho que se calhar é um gasto ou um investimento, não sei. Isto é um exemplo, poderá ser outra coisa qualquer, percebes? Mas se calhar há investimentos que valem a pena, porque isso dá muito mais segurança. Vais para uma cirurgia ou uma urgência, imagina tu estares numa área A e é interrompida para vir a urgência B que a equipa toda ela se calhar não está muito à vontade... desenrascar, a pessoa desenrasca, não é? Mas vai ali e tira a informação, não é? De fácil acesso, não pode ser é uma coisa difícil que demore muito tempo a lá chegar. E aí também te diria. Era muito mais prático termos as coisas todas em filme, portanto, estar alguém a explicar e visualizar. Até porque eu às vezes se tiver um tempo parada... parada, em bloco só para quem quer, seja no bloco, seja nas obras, seja onde for, não é? Seja na Assembleia da República, seja onde for. Mas é uma maneira de tu ires “deixa-me lá ver agora como é que isto se faz”, e há procedimentos e situações que não são feitas sempre, que esporadicamente são feitas. Mesmo que a pessoa vá à formação, se não é feito, temos que ser honestos. Se não é feito frequentemente, nós esquecemos como é que se faz. Estou-me a lembrar por exemplo de uma aparelho muito específico da valência X, eu estive numa cirurgia em que foi preciso e estive montes de tempo para conseguir ver na intranet o procedimento. Estivemos ali muito tempo e ninguém estava à vontade. Conseguimos, mas foi

muito difícil. Portanto, isto é uma sugestão porque nós não temos que ter vergonha de dizer, nem o serviço...

Entrevistadora – Que não dominamos tudo...

Entrevistada – Exatamente. E isso deve ser ouvido de forma positiva e não “então não sabes? Então?”. Quer dizer, isto é péssimo. Isso é uma mais valia para o erro, as pessoas escondem que não sabem, não querem mostrar. Parece que questionar é sinónimo de burrice, o que não é. Na minha opinião não é.

Entrevistadora – E tendo nós 6 valências cirúrgicas, é impossível dominar tudo com a velocidade com que mudam as cirurgias e os procedimentos...

Entrevistada – Não há ninguém que domine todo, é impossível porque isto está sempre a mudar.

Entrevistadora – Por alguma razão há especializações. Cada vez mais as pessoas são especializadas em determinada função para conseguirem ser boas.

Entrevistada – Isto é um mundo, nós não podemos dominar tudo, é impossível.

Entrevistadora – Essa parte do vídeo de que falaste, e muito bem, era uma das minhas próximas questões e vejo com alegria o facto de estares a falar sobre os vídeos que é uma área em que pouca gente falou sobre isso, aliás até agora ainda ninguém tinha falado, e era uma das questões que eu queria colocar. Consideras que os vídeos com os resumos das principais cirurgias efetuadas por valência, que se encontrem disponíveis na intranet iriam ou não facilitar as integrações no bloco operatório.

Entrevistada – Claro que sim, aliás, eu já tinha falado nisto e pôr de acesso ao computador, mas na altura não foi muito bem aceite, porque como havia na parte escrita, mas é uma coisa diferente, é estar em registo escrito e tu tens que ir a uma sala buscar.

Entrevistadora – Há um dossier para as salas todas.

Entrevistada – Exatamente, e numa situação nós temos que ver as coisas como elas são, não é? Não podemos fantasiar as situações. Numa situação de emergência, a realidade é que muitas vezes tu não tens tempo de te ausentares da sala, ires para outra sala a procura do dossier, e é um dossier para... não é? Pronto. Tu tens que ter acesso rápido no local onde estás. Isto é o futuro, apesar de que eu tenho que aprender muito ainda de computadores e assim, mas acho que é o futuro. Tem que estar ali e de acesso fácil. Por outro lado, o facto de estares a ver ali na hora o procedimento e tens que fazer é estrondoso...

Entrevistadora – O que se vê e se lê depreende-se de forma diferente do que o que só se lê.

Entrevistada – Sim! É completamente diferente, porque fica a imagem, cria mais impacto, em termos de visualização é muito mais atrativo. E acho que em termos de memória, também é uma coisa que provavelmente vai ficar mais, não é? Digo eu... não sei. E por outro lado gastas menos papéis, não é? Isto da pegada ecológica, também é algo que as pessoas falam cada vez mais, temos que ter em atenção e eu acho que é um exagero as fotocópias que se tiram para isto e para aquilo. É uma forma

também de diminuir os custos, penso eu. E rentabilizar de outra forma esses dinheiros que se gastam aí, ser rentabilizados para outra coisa.

Entrevistadora – Desejas acrescentar mais alguma coisa?

Entrevistada – Eu não sei se falei muito ou assim (Riso), mas olha, esta entrevista só me causou uma coisa muito triste... foi ver que já trabalho há vinte e não sei quantos anos (Riso) porque eu não acho que já trabalho assim há tantos anos. Porque isso está no espírito de cada um... e de facto sinto-me ainda uma jovem espiritualmente e tenho ainda muita ambição de aprender. Ah! E outra coisa que eu quero que fique registado... o que devia acontecer nos jovens era a vontade de ser cada vez melhor. Irmos a baixo... mas ter sempre a vontade de fazer cada vez melhor e pôr-mos em primeiro lugar o bem do serviço e não o bem individual. Não sei... interpreta como tu quiseres, mas eu acho que é uma coisa... o ter vontade de melhorar, também pela classe profissional, valorizar a enfermagem e não nos valorizarmos individualmente. Acho que é algo que provavelmente também as chefias ou as pessoas de topo, para além de valorizarem os recursos humanos, ter em atenção que era importante nos valorizarmos como um todo e não individualmente. Somos muito mais fortes como um todo.

Entrevistadora – Juntos.

Entrevistada – Juntos. E é só. Termino assim.

Entrevistadora – Tenho que te agradecer muito pela entrevista, pelas informações que me vão ser certamente muito úteis para o meu trabalho, essencialmente pelos anos de experiência que refletem todo um percurso, uma carreira e que me vai ser muito útil. Muito obrigada.

Entrevistada – Ah! Tenho uma coisa que é muito importante acrescentar. Isto... as palavras são como as cerejas, não é? E eu ficava aqui o dia todo a falar. Mas há outra situação... Como eu disse, quando eu vim aqui para o bloco, o bloco antigo, a equipa, lá está, era uma equipa muito experiente, muito coesa e fui muito bem acolhida, como disse. E havia muito cuidado, até mesmo quando abriu depois o novo bloco, havia muito cuidado na triagem dos elementos aqui para o bloco. Ter o cuidado de serem aqui de Lisboa, não serem do Norte, não serem de Espanha, este tipo de seleção. Isto porque, entretanto, houve um lapso em que não havia pessoas para entrar aqui no bloco e, entretanto, começaram a entrar os primeiros espanhóis. Eram dois. Ficou um na sala de ORL e o outro na sala de Urologia. Onde houve um trabalho, por acaso muito engraçado, ao ponto de as pessoas terem brio, e isso é uma coisa bonita, acho eu, é termos brio quando estamos a integrar alguém, termos brio no sentido desse alguém, ser melhor do que tu, não é? Porque o que nós pretendemos, no fundo, e isto é uma coisa que eu quero deixar porque também acho que é bonito, é quando as pessoas vêm para a integração, e esse primeiro ano como eu disse é muito importante, esse primeiro ano dá todas as ferramentas para serem os melhores dos melhores, porque é isso que nós pretendemos, tentarem apreender o melhor que há de cada um de nós. Como se fosse uma esponja, e criar a superesponja. Tiram o melhor que há de cada um de nós, vêm a melhor maneira de trabalhar de cada um de nós, e tirar o que há de melhor de cada um de nós, para serem melhores que qualquer um de nós. Isso é o que nós queremos. Nós queremos é passar o nosso saber e aquilo que nos passaram a nós, passar a outras pessoas para fazerem o seu trajeto da melhor maneira, e que o façam da melhor forma. Que façam bem, que se sintam bem e não o contrário. E que sejam depois autónomos, não é? Que sejam autónomos e que não precisem de nós.

Entrevistadora – E que possamos dizer: “Fui eu que integrei aquele elemento”.

Entrevistada – E isso é tão bonito. É tão mau, acho eu, quando nós... quando nas integrações (e isto somos nós agora falando) fazemos com que ninguém consiga fazer se eu não estiver... E isto são coisas que se deve também ter ao cimo da mesa, e isso tem que ser abolido, no meu entender, porque não é assim que as coisas melhoram e assim nunca se trabalhará em grupo. E havia esse cuidado, do topo às pessoas que trabalhavam no terreno e, portanto, havia sempre esse cuidado das pessoas entrarem e ficarem cá. Entretanto começaram a entrar pessoas do Norte que ficavam aqui pouco tempo, havia todo um investimento de integração por parte dos integradores e do serviço e depois quando já estavam integrados saíam. Foram “n” situações assim. Eu não condeno essas pessoas, porque eu certamente se fosse do Norte e se conseguisse aqui entrar, eu não pensava 2 vezes, eu vinha. E se depois tivesse oportunidade de entrar num hospital na área da minha residência, obviamente que eu iria, portanto isto é normal.

Entrevistadora – Mas em serviços onde os períodos de integração são muito longos, como no bloco... desmoraliza quem integra.

Entrevistada – E isto é um grande investimento. É um investimento que o serviço perde porque esteve ali muito tempo para preparar aquele elemento, o elemento sai e não acontece nada.

Entrevistadora – Não houve nenhuma mais valia para o serviço.

Entrevistada – Nestas situações até acho, se me permites, que devia de haver uma indemnização ao próprio serviço e que não existe. Portanto, o serviço perde e para os integradores é muito desmotivante porque passam anos e anos e anos a fazer integrações e quando a pessoa está minimamente integrada sai e não há compensação nenhuma, não é? Por outro lado, o integrador não tem a possibilidade de fazer outras coisas porque está sempre de integração.

Entrevistadora – É desgastante e exige muito do próprio.

Entrevistada – Exige bastante e para a instituição é uma grande perda, depois volta novamente à estaca zero, e isto é um investimento em termos monetários em que se está a perder imenso. Eu não percebo como é que nestas situações não existe um certo retorno, devia de haver na minha opinião um retorno.

Entrevistadora – E isso significa hoje em dia que os tempos de rotatividade de pessoal são muito elevados, ou seja, as pessoas entram e passados 2, 3 anos saem. Fazem a integração e vão trabalhar para outro sítio, seja para a privada, seja para o Norte...

Entrevistada – Exatamente. Tem que haver um acordo que não seja só verbal nestas coisas...

Entrevistadora – E quem sabe também se essas saídas abruptas do serviço, não tem a ver com a desmotivação, pode não ter só a ver com a área de residência, porque agora saem muito é para a privada.

Entrevistada – Eu acho que é assim, basta ir, para quem tiver acesso, às entradas do bloco e às saídas do bloco. Outra coisa que eu também não percebo é como ninguém olhou para isso ou se olhou não atuou, portanto, há aqui uma falha qualquer, não é? Há aqui uma falha grande, diria eu, porque há aqui qualquer coisa que não está a bater certo, não é? E que cada vez se exige mais. Há aqui

qualquer coisa que não... Entrou e saiu, vamos saber o porquê, o que é que está a acontecer. Se calhar tem que haver um contrato, contrato não sei se estou a designar da melhor forma, mas tem que haver aqui... Uma coisa é acontecer a um elemento ou outro, com a frequência que foi, não haver uma indemnização depois à própria instituição, porque formou aquele elemento e no fim de estar formado foi-se embora, e eu também sou profissional de saúde mas também sou cidadã e estou a pagar para isto tudo, não é? A pessoa forma-se aqui, estou a ajudar a formar essa pessoa que depois sai e muitas vezes vai para um privado, mas quem deu as ferramentas todas e quem gastou dinheiro nas ferramentas da formação foi a parte Estatal. E onde é que está esse retorno? É porque eu também pago contribuições e acho que cada vez mais nós temos que estar alertas para isso. Temos que ver isto não só como profissional de saúde...

Entrevistadora – Acabam por ser estágios que noutras profissões até são remuneradas e nesta não são.

Entrevistada – Exatamente. E acho que era bom haver também, já agora que me é dado tempo para conversar (Riso), era bom também haver, e sei que não há dinheiros para pagar, mas há outras formas de... ajuda-me...

Entrevistadora – Forma de motivar quem está a contribuir de tal forma para o serviço.

Entrevistada – Exatamente.

Entrevistadora – Porque esta é uma contribuição muito importante.

Entrevistada – As pessoas também deviam ser “reembolsadas” pela contribuição que tiveram ou que têm...

Entrevistadora – E o mínimo é serem ouvidas relativamente ao que estão a fazer.

Entrevistada – Eu acho que o mínimo é auscultar as pessoas. Quando eu digo auscultar é ter a capacidade de ouvir, porque alegadamente por vezes se calhar não existe, por um motivo ou por outro, não existe a capacidade de ouvir. Tem que haver espaço para as pessoas poderem verbalizar, tem que haver a capacidade de ouvir, depois meditar sobre o que foi dito, de forma séria, serena... séria mesmo, no sentido de não dar a volta à situação de outra forma para as coisas poderem melhorar. Caso contrário é muito difícil, não é? Não sei, digo eu... porque nós somos todos humanos, todos nós erramos, mas todos nós provavelmente podemos melhorar. Eu, pela minha parte, como digo, com a idade eu tenho, tenho muito que aprender, estou a aprender imenso agora quando rodo pelas outras salas, estou a gostar muito, sou muito bem acolhida pelos outros e estou a ter o retorno, o tal retorno... Pela minha parte e por todas as pessoas que querem dar o seu melhor. Temos que o sentir assim.

Entrevistadora – Não queres acrescentar mais nada?

Entrevistada – Não, acho que não...

Entrevistadora – Então, uma vez mais o meu muito obrigada!

Entrevista 4

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela tua disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Realço que todas as informações aqui recolhidas serão de carácter confidencial, não será nunca identificado o entrevistado, nunca será associado o seu nome, valências cirúrgicas por onde passou, etc. Autorizas a gravação?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Caso seja necessário, eu depois posso disponibilizar a entrevista toda escrita em papel para que possas ler e dizer se era ou não o que querias dizer ou se não queres que determinada parte apareça. De forma a poderes modificar o que entenderes. Queres colocar alguma questão antes de começarmos?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Então vamos... Relativamente ao teu percurso profissional, nomeadamente a experiência em bloco, qual é que é o teu tempo de exercício profissional que tens?

Entrevistada – Só fazendo as contas... (riso) Doze anos e qualquer coisa... faz 13 em Novembro.

Entrevistadora – Qual o tempo de exercício em bloco?

Entrevistada – 12 anos.

Entrevistadora – Saíste da escola e vieste logo para cá?

Entrevistada – E para vários sítios ao mesmo tempo.

Entrevistadora – Então não tinhas experiência prévia em bloco operatório, nem em lado nenhum.

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – A tua opinião sobre a integração de enfermeiros no bloco operatório, e mais especificamente no Bloco Operatório Central. Como é que decorreu o teu período de integração na altura em que vieste para cá? Quais foram as dificuldades que mais sentiste, como é que as conseguiste superar? E agora faço-te umas quantas questões que se calhar é mais fácil para te orientares. Quanto tempo é que tiveste de integração no primeiro período que a AESOP declara, escolhe como sendo a primeira fase de acolhimento e observação. A fase de socialização, de conhecimento das pessoas, do espaço...

Entrevistada – Sem fazer nada?

Entrevistadora – Sim.

Entrevistada – Não sei se chegou a uma semana... (riso)

Entrevistadora – Mas tiveste um período de adaptação mesmo ao espaço físico e às pessoas. Cerca de uma semana.

Entrevistada – Sim, sim!

Entrevistadora – É óbvio que estavas a mais. Estavas sempre a acompanhar alguém.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Quanto tempo é que tiveste no período de integração na segunda fase, enquanto enfermeira de apoio à anestesia?

Entrevistada – Eu comecei no recobro.

Entrevistadora – Ok. E quanto tempo é que tiveste de recobro?

Entrevistada – No recobro estive... 2 meses, ou 3.

Entrevistadora – Sempre acompanhada?

Entrevistada – Não! Espera... deixa-me pensar... Não sei, mas acompanhada... Nós chegamos, não é? Depois, para aí 2 ou 3 dias estivemos só a ver.

Entrevistadora – De observação.

Entrevistada – E depois começamos a fazer coisas, mas sempre com supervisão. E depois já não me lembro ao fim de quanto tempo é que começamos a ficar sozinhas.

Entrevistadora – Estiveste um mês, dois meses sem contar como elemento?

Entrevistada – Não. Eu não sei se cheguei a estar um mês. Acho que não... foi inferior a um mês.

Entrevistadora – Quais as principais dificuldades, se é que sentiste, nesse período de integração?

Entrevistada – Perceber que tipo de autonomia é que tinha. Tipo... o doente tem dor, tenho Paracetamol, mas posso mesmo fazer-lhe? Ou tenho que perguntar a alguém se lhe posso fazer?

Entrevistadora – Sim. Foi fácil a... o período de integração estiveste sempre com o mesmo elemento? Foi fácil a integração?

Entrevistada – Sim. Com os elementos X e Y. Eram sempre as mesmas no recobro.

Entrevistadora – Quando passaste depois para a sala operatória, estiveste quanto tempo de anestesia? Aqui já são procedimentos diferentes do recobro...

Entrevistada – Eu na sala estive de integração, até sair de lá, estive um ano inteiro, na valência X. Comparando com o que se passa agora... Portanto eu de anestesia... não faço ideia, se estive 3 meses sempre, não faço ideia. Estive um ano inteiro até sair.

Entrevistadora – Só na primeira valência cirúrgica.

Entrevistada – Só na primeira valência.

Entrevistadora – O que a AESOP estipula é que quem não tem experiência nenhuma de trabalho poderá estar um ano e meio de integração, quem tem experiência de enfermagem, por exemplo, que é o teu caso, no teu caso de recobro, sem ser de bloco, um ano e quem tem experiência de bloco, 6 meses. Portanto, até estavas por dentro do que estava preconizado.

Entrevistada – Sim, sim.

Entrevistadora – Principais dificuldades no início da integração à sala operatória, se é que tiveste. E como é que conseguiste superar.

Entrevistada – (Riso)

Entrevistadora – Há quem se queixe da atitude dos cirurgiões, que achava que eram muito rudes...

Entrevistada – Não, não, não. Eu... é mais atitude de colegas do que propriamente a atitude de cirurgiões.

Entrevistadora – Outras acharam que foram os cirurgiões que ajudaram mais ainda que os colegas, ajudaram mais até às vezes na integração que os próprios colegas. O que é que achas? Correu bem, não correu, achavas que era preciso mais tempo...

Entrevistada – Não, dos cirurgiões nunca tive razão de queixa. Dos anestesistas também não. As colegas... depende, mas houve colegas um bocado... Na primeira valência, só houve uma colega que vá... não me facilitou a vida. E para além de não me facilitar a vida, também não queria que eu perguntasse a mais ninguém, nem falasse com mais ninguém.

Entrevistadora – Mas foste entregue a essa pessoa?

Entrevistada – Sim, estive sempre com ela de anestesia. E a instrumentar e a circular também só que isso já variava um bocadinho mais, mas de anestesia estive quase sempre com ela. E ela não gostava muito que uma pessoa se socializasse com outros elementos da equipa. E levava a mal até... (riso) Só comes quando eu como, só vais lá abaixo... se elas forem tu não vais...

Entrevistadora – Tinhas de fazer tudo de acordo com essa enfermeira a quem estavas atribuída.

Entrevistada – Sim, sim!

Entrevistadora – Na terceira fase, de circulante, passaste por estas fases nesta ordem? Anestesia, circulação e instrumentação?

Entrevistada – Não, não. Circular e instrumentar foi quase ao mesmo tempo. O que eu também não acho que seja muito mau porque uma pessoa também só percebe...

Entrevistadora – Claro, estás num lado consegues aperceber-te muito melhor do outro.

Entrevistada – E mesmo para circulante consegues perceber mais o que vai ser preciso primeiro, porque já tens uma noção da cirurgia.

Entrevistadora – Exatamente. E estiveste também muito tempo... foi o resto do tempo como tem sido os outros... mais ou menos 9 meses.

Entrevistada – Sim, sim. E depois quando já estava integrada praticamente integrada, ia alternando.

Entrevistadora – Mesmo quando já estavas integrada (isto é importante), mesmo quando já estavas integrada ficaste na valência, a cimentar conhecimentos e experiência.

Entrevistada – Sim, sim! E sempre que havia cirurgias um bocadinho mais diferenciadas, elas ofereciam-se e eu entrava para a cirurgia.

Entrevistadora – Que avaliação é que fazes dos planos de integração de antigamente e agora dos atuais? Quais as principais dificuldades que tiveste, isso já estivemos a falar, mas em relação aos planos de integração de antigamente. A forma como tu foste integrada é muito diferente da forma como são feitas agora as integrações?

Entrevistada – É, claro que é.

Entrevistadora – Melhorou, piorou...?

Entrevistada – Piorou! É que... é pior que piorou... Não existe... As pessoas chegam ao serviço e é assim “Ah e tal... isto é o bloco, isto são umas seringas e orienta-te para aí. Isto é o Propofol...” e já está. Todos os dias estou com pessoas diferentes, o que às vezes não é necessariamente mau, não é? Depois são integradas com pessoas que estão pouco integradas...

Entrevistadora – Sentes que não te é entregue... tu como elemento de referência e perita do serviço, que fazes integração a elementos do serviço, não te é entregue nunca um novo elemento?

Entrevistada – Não! Eu nem sequer sei que elas vão para integração. Eles saem da integração e nem sequer nos perguntam se já está integrado, nunca nos perguntaram nada, nas últimas pessoas que por lá passaram.

Entrevistadora – Quando é lá posto o elemento, parte-se do princípio da chefia...

Entrevistada – Eu pergunto à pessoa “Olá, vieste para aqui»? Vais começar a integração?”. “Acho que sim, já ontem estive aqui... amanhã também vou estar, portanto acho que estou a fazer a integração”.

Entrevistadora – E a chefia parte do princípio que quem é a responsável da valência tem que integrar aquele, mas nunca lhe é atribuído. Nem o integrador sabe que vai ter que fazer a integração aquela pessoa, nem quem está de integração sabe a quem é que há-de recorrer quando necessário.

Entrevistada – Pronto, a gente diz “se precisares de alguma coisa...”. Depois é tudo muito rápido, não dá para as pessoas consolidarem as experiências e os conhecimentos em nada. Não dá para pensarem. Hoje é uma cirurgia, amanhã é outra, depois é outra e tu no quarto dia vais-te embora e quando voltares lá passado dois meses já não sabes fazer a primeira que é a mais básica de todas.

Entrevistadora – Enquanto enfermeira a fazer integrações, enfermeira integradora, tiveste a teu cargo mais que um enfermeiro em simultâneo?

Entrevistada – Ah sim! (Riso) Em várias posições da sala distintas.

Entrevistadora – E sempre sem estar nenhum a mais.

Entrevistada – Não, estávamos 4. Esta pessoa está a ser integrada de anestesia, tu ficas com ela, a que está a instrumentar não sabe bem o que está a fazer e a que está a circular está mediantemente integrada. Portanto... orienta-te!

Entrevistadora – Ok. Portanto, enquanto responsável de valência tens que conseguir gerir todas essas três fases de integração diferentes em que cada uma está, mas nenhuma está totalmente integrada...

Entrevistada – E as rotinas da sala...

Entrevistadora – Quais é que consideras ser então as principais diferenças nos planos de integração de antigamente e de agora? O tempo...

Entrevistada – O tempo de integração. Neste momento há muitas integrações e o pessoal começa a ficar farto e ao fim da segunda, terceira pessoa, já... qualquer coisa... vai aí e procura... Eu tento que não seja assim, mas às vezes chateia um bocado.

Entrevistadora – Portanto os integradores estão desmotivados porque para além de também não lhes ser atribuída a devida importância... estás a fazer a integração e também não lhes é questionado se a pessoa está na fase certa para passar à fase seguinte, por exemplo.

Entrevistada – Aliás, nem nos foi perguntado se a pessoa: “Olha, vou tirá-la dessa sala”. Ela já está integrada? Não. Há pessoas que passaram lá meia dúzia de vezes e que não estão integradas.

Entrevistadora – Cada um tem os seus *timings* de aprendizagem, não estão todos ao mesmo nível.

Entrevistada – Aquelas cirurgias que vêm fazer cá de urgência... Houve uma pessoa um dia destes que me perguntou qual era a caixa que abria e não a sabia montar... São quatro peças. E eu fui ao gabinete com a chefe antiga e disseram-me “Não, não... Essa pessoa está integrada”. Pronto, se vocês acham que está integrada e não conseguiu fazer uma cirurgia de urgência...

Entrevistadora – Então essa pessoa estava considerada integrada.

Entrevistada – Sim! Estava completamente considerada apta. E eu disse que essa pessoa não sabe fazer a cirurgia mais básica que entra cá de urgência. E disseram-me “Ah não, mas está integrada!”. Pronto... e nem sequer a voltaram a pôr lá. E isto não foi queixinhas porque eu falei com a pessoa que ia dizer isso. Depois disse-lhe que tinha dito isso e disseram, “Pronto... fizeste bem, realmente é verdade”.

Entrevistadora – Qual é a tua opinião sobre a integração de novos elementos? Como é que achas que devia ser feita, ideias de como é que devia ser feita a integração no Bloco Operatório Central?

Entrevistada – Eu acho que deviam começar pelo recobro. Para ter uma noção geral das dificuldades do recobro, do não haver cama, pronto, dos *timings*... Pronto, acho que era importante! De como é que se articula com o piso, com os auxiliares... dá uma noção bastante importante e saber o que é que é uma urgência, o que é que não é uma urgência... Pronto, dá-lhe uma noção geral do bloco. Depois ir sim para uma especialidade, mas estar lá um ano.

Entrevistadora – A primeira valência que seja bastante tempo.

Entrevistada – E a segunda também, porque se vais para uma valência totalmente diferente... por exemplo da Neurocirurgia para uma Cirurgia Geral, os ferros não têm nada a ver... nada tem nada a ver... É começar do zero. “Ah mas está de anestesia”, a anestesia não tem nada a ver, há coisas que são completamente diferentes. Há outras valências não, que dá. Estar só ali um mesito de anestesia consegues...

Entrevistadora – Geral e Urologia tem muita coisa semelhante...

Entrevistada – Mas há outras coisas que não tem nada a ver. E depois eu acho que é muito importante, para além da integração, e do saber instrumentar “Ah e tal, porque ela esteve lá duas semanas, já sabe instrumentar”, eu acho que é importante as pessoas ganharem o lugar delas na sala. Tipo “Ah, olha eu já instrumentei 500 aneurismas lá fora mas vocês nunca me viram...”, não dá segurança a ninguém. Pelo menos ser visto na sala e as pessoas conhecerem, conseguirem se articular todos, não é só chegar lá “Quem é que vem para aqui?” Nem sei que é que foi... “Esteve cá não sei quanto tempo...”

Entrevistadora – Até para os cirurgiões...

Entrevistada – Sim, é para todos, para toda a gente.

Entrevistadora – Relativamente ao nível cumprimento do plano de integração, habitualmente segues os tempos indicados nos planos de integração? E a ordem que está indicada nesses planos?

Entrevistada – A gente nem sequer sabe quem é que está em integração... (Riso) Como é que eu vou seguir um plano?

Entrevistadora – Dás a conhecer o plano de integração aos enfermeiros que estão a teu cargo?

Entrevistada – Eu nem sequer sei que eles estão a meu cargo. (Riso)

Entrevistadora – Mas quando dás conta que está lá um enfermeiro em integração, ofereces o plano de integração da valência X para ler?

Entrevistada – Sim, sim.

Entrevistadora – Eu estou a questionar isto em relação aos planos de integração, porque existe um plano de integração para cada valência, imaginemos que uma pessoa faz duas ou integrações num ano, duas ou três vezes vai ler planos de integração que são iguais... Só muda praticamente o título, porque um é da Urologia, outro é da Geral... aquilo é tudo semelhante. Não seria melhor para quem faz integrações, haver um plano único para todas as valências e um para recobro? Um para bloco e um para recobro?

Entrevistada – Sim, com uns anexos ou algumas especificidades.

Entrevistadora – Com as especificações para cada especialidade.

Entrevistada – Sim, sim.

Entrevistadora – É mais no sentido de perceber isso para saber se vale a pena apostar nessa área.

Entrevistada – Se calhar sim.

Entrevistadora – De que forma é que achas que os planos de integrações podem ajudar os novos elementos nas suas integrações?

Entrevistada – Para saberem o que é que é esperado deles...

Entrevistadora – Ter objetivos?

Entrevistada – Ter objetivos, se estão no *timing*, se estão atrasados, se estão adiantados, o que é que é esperado deles a determinada altura na sala.

Entrevistadora – Deve estar muito ou pouco centrado em tempos, ou seja, enfermeiro de apoio à anestesia – 1 mês. Num mês tem que fazer X...

Entrevistada – Não! Terá que ser um bocado equilibrado, ver a evolução da pessoa. Há pessoas que demoram muito...

Entrevistadora – Mais em objetivos do que em tempos.

Entrevistada – Sim, sim!

Entrevistadora – Porque cada um tem os seus tempos de integração.

Entrevistada – Há uma pessoa que uma vez foi lá para ser integrada na sala e... aquilo demorou um bocado...

Entrevistadora – Não quer dizer que não seja depois um bom profissional...

Entrevistada – Sim! É um bom profissional agora e domina a coisa, mas... demora um bocado... Vinha de uma especialidade completamente diferente, com uma dinâmica da sala completamente diferente e demorou um bocadinho... Mesmo de anestesia, e estava integrado noutra especialidade e mesmo entrando para a anestesia, aquilo... não foi fácil.

Entrevistadora – De forma a aferir quais as áreas que precisavam melhorar, o enfermeiro em integração, tiveste alguma reunião periódica com a enfermeira chefe e com o enfermeiro que estava ser integrado? Alguma vez foste chamada?

Entrevistada – Quando eu estava a ser integrada?

Entrevistadora – Não, quando estás a integrar um elemento.

Entrevistada – Não! Isso nunca aconteceu! Isso nunca aconteceu...! (Riso)

Entrevistadora – E quando estavas a ser integrada fizeram-te? Para saber... para o integrador dizer o que é que acha do teu processo...

Entrevistada – Eu não me lembro... eu acho que houve, mas sem mim. Perguntavam às pessoas, só às responsáveis... perguntaram mas sem mim.

Entrevistadora – Coisa que agora já não se faz de todo?

Entrevistada – Pelo menos com o meu conhecimento...

Entrevistadora – Consideras importante?

Entrevistada – Eu considerava... achava bom até, mas não. Não acontece.

Entrevistadora – Tens alguma sugestão a fazer de forma a melhorar os planos de integração. Achas que é benéfico fazer um plano único.

Entrevistada – Sim, talvez um plano único e acho que realmente os objetivos... tipo, uma pessoa não pode avançar para outra especialidade sem ter cumprido os objetivos da anterior. Ou a pessoa não se adequa aquela sala e não consegue mesmo, pronto... e não vai ficar integrada, ou passar os objetivos à frente e dizer “Está integrada” quando não está, então acho que isso é muito pior.

Entrevistadora – Ainda pior tendo apenas em conta o tempo e nunca se os objetivos foram atingidos ou não. Passou aquele tempo...

Entrevistada – Há aí uma pessoa que esteve lá para ser integrada e entretanto foi de férias. Ela esteve, instrumentou, se não me engano... instrumentou umas 3 ou 4 vezes, não instrumentou mais... e foram cirurgias X.

Entrevistadora – Pois assim não é fácil...

Entrevistada – Não instrumentou mais...

Entrevistadora – Nem voltou lá depois?

Entrevistada – Não! Ainda noutro dia falei com ela sobre essa situação porque eu fui de férias 2 ou 3 dias e no último dia estava-lhe a dar a listagem das caixas e a explicar “Olha, para fazer isto usa-se isto, e não sei quê...” e quando voltei ela já não estava lá e nunca mais lá voltou. (Riso)

Entrevistadora – E foi considerada como já estando integrada?

Entrevistada – Sim, sim! Está integrada em tudo. Foi no seguimento da conversa da outra pessoa que eu fui dizer que não estava, que me deram o exemplo que essa pessoa estava integrada em tudo.

Entrevistadora – Conheces o manual de procedimentos existente no serviço? Costumas consultá-lo?

Entrevistada – Conheço. Costumo consultá-lo?... Às vezes.

Entrevistadora – Em que circunstâncias? Quando é que achas que é mais útil?

Entrevistada – Quando tenho dúvidas em algumas cirurgias de outras valências.

Entrevistadora – Nas cirurgias, para fazer carros ou para perceber alguns passos?

Entrevistada – Sim, sim!

Entrevistadora – Quais é que achas que são as principais dificuldades que encontras na sua utilização?

Entrevistada – É saber em que *dossier* está... (Riso) São três...

Entrevistadora – Costuma estar sempre disponível?

Entrevistada – Sim. E às vezes não estão lá é alguns procedimentos... Mas disponível está.

Entrevistadora – Sabes que também estão na intranet? Costumas usar os que estão na intranet.

Entrevistada – Não sei... Sei que estão na intranet, mas não sei.

Entrevistadora – Será que é porque não estão facilmente acessíveis?

Entrevistada – Já andei à procura e não encontrei...

Entrevistadora – Isto porque também outra das propostas era saber se seria importante avançar com vídeos de resumos das principais cirurgias efetuadas por valência, que estaria disponível na intranet, se calhar num atalho um bocadinho mais fácil de utilizar, de forma a teres acesso na sala operatória ou fora da sala operatória. Ou seja, fazer vídeos em que estivesse... que fossem vídeos resumidos, por cirurgia, por exemplo que tivesse uma pequena abordagem da anatomia, depois dos passos principais, isto tudo com vídeo, depois a mesa operatória como é que se coloca, as caixas, o instrumental que existe, posicionamento da instrumentista relativamente aos cirurgiões, a disposição no espaço, por exemplo. São algumas das coisas que poderiam constar nos vídeos. Achas que seria útil?

Entrevistada – Eu acho, só que acho que... eu não sei se eles iam ser consultados, porque nós aqui também não temos grande tempo. Quando o pessoal estuda está em casa e aí não tens intranet. Onde o pessoal estuda é em casa...

Entrevistadora – A não ser que desse para pôr *pen* e conseguir passar para ficheiros...

Entrevistada – Só não sei se essa *pen* não vai desaparecer... (Riso)

Entrevistadora – Não. Ficheiros para cada um ter... sua...

Entrevistada – Ah, sim... cada um trazer a sua *pen*. Isso acho que sim.

Entrevistadora – Se tiver acesso na intranet e se der para passar, tipo... coisas em PDF, por exemplo dão para assar para *pen* e ver em casa. Se fosse assim, achas que seria benéfico?

Entrevistada – Sim, acho que sim.

Entrevistadora – Ok. Desejas acrescentar mais alguma coisa? Assim que te lembres...

Entrevistada – Modificava as integrações...

Entrevistadora – Para se começar a fazer como deve de ser... Isto porque também estamos numa fase de mudança no bloco... foram as obras... é tudo e é a altura certa para começar a avançar como deve de ser... Daí também este trabalho. Grata pela colaboração! Vai ser de certeza muito útil a entrevista. Vou tirar muitas ideias...

Entrevista 5

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela tua disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Todas as informações aqui recolhidas são de caráter confidencial, não será nunca atribuído o teu nome e a entrevista não será associada a ti. Autorizas a gravação?

Entrevistado – Sim, autorizo.

Entrevistadora – Caso seja necessário, eu depois vou disponibilizar a entrevista toda transcrita para papel para que possas ler e dizer se era ou não o que querias dizer ou se não queres que determinada parte apareça. Queres colocar alguma questão antes de começar?

Entrevistado – Não é necessário.

Entrevistadora – Relativamente ao teu percurso profissional, nomeadamente a experiência em bloco operatório, qual é que é o teu tempo de exercício profissional?

Entrevistado – Neste momento 12 anos.

Entrevistadora – De tempo de exercício profissional no bloco?

Entrevistado – 12 anos

Entrevistadora – Saíste da escola e vieste para cá diretamente?

Entrevistado – Exatamente.

Entrevistadora – Então não tinhas experiência prévia antes de começares a trabalhar neste bloco operatório.

Entrevistado – Experiência só em contexto de formação.

Entrevistadora – Relativamente à tua opinião sobre a integração de enfermeiros no bloco operatório, mais especificamente neste bloco operatório, como é que decorreu o teu período de integração? Que dificuldades é que tiveste e como é que superaste? Vou colocar algumas questões para ser mais fácil ires falando sem te perderes.

Entrevistado – Sim.

Entrevistadora – Por exemplo no tempo da primeira fase, que a AESOP considera como sendo uma primeira fase de integração, de acolhimento e de observação, quanto tempo é que tiveste de observação cá? Mais ou menos? Podes não te lembrar dos tempos...

Entrevistado – Eu diria que observação no bloco em sala, terá sido uma a duas semanas, depois fui gradualmente iniciando as funções.

Entrevistadora – Isto, a AESOP considera o acolhimento / observação como uma fase de socialização em que conheces as pessoas, conheces o espaço físico, é a adaptação ao sítio.

Entrevistado – Objetivamente isso não existiu, ou existiu um dia de acolhimento à instituição, em que eu vim conhecer, dar uma volta pelo hospital após o curso de integração com a responsável na altura, pela integração dos enfermeiros, depois tive outro dia aqui em bloco de observação e depois fui para a sala e depois fui gradualmente sendo integrado.

Entrevistadora – Na segunda fase, a de enfermeiro de apoio à anestesia, tiveste quanto tempo acompanhado?

Entrevistado – Eu diria que pelo menos um mês.

Entrevistadora – Um mês acompanhado sempre como elemento extra?

Entrevistado – Sim. Na altura sim.

Entrevistadora – Não estavas a contar. E depois ficaste de anestesia quanto tempo?

Entrevistado – Devo ter ficado pelo menos uns dois ou três meses, para aí.

Entrevistadora – Dois ou três no total e um mês acompanhado?

Entrevistado – Sim. Em 2005.

Entrevistadora – Exato. Nessa altura havia gente... Na terceira fase, considerada de enfermeiro circulante, ficaste quanto tempo? Foi esta a sequência? Enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista?

Entrevistado – Sim.

Entrevistadora – De circulante ficaste quanto tempo?

Entrevistado – Talvez mais uns dois meses, não sei concretizar, mas terá sido por volta disso. Sim.

Entrevistadora – Consideras que foi o tempo suficiente? Achavas que passavas para a fase seguinte já com conhecimento do que estavas a fazer, ou achavas que era cedo demais?

Entrevistado – Na altura achava que não era cedo demais. Sentia que não estava eventualmente preparado para estar sozinho, se precisasse de ficar sozinho na circulação, mas quando passava de estar de anestesia para circulação, a maior parte dos procedimentos estava à vontade para ficar só.

Entrevistadora – E quando estavas a circular, esses cerca de 2 meses também estavas a contar sempre como elemento a mais?

Entrevistado – Nem todos os dias. Havia dias que dava, havia dias que não. A maior parte dos dias sim.

Entrevistadora – Na quarta fase de enfermeiro instrumentista, tiveste mais ou menos quanto tempo? Numa primeira valência?

Entrevistado – Acompanhado? Estás-me a perguntar acompanhado?

Entrevistadora – Acompanhado enquanto consideras que era período de integração.

Entrevistado – É assim, eu estive talvez mais uns três meses.

Entrevistadora – Isso já vai em...

Entrevistado – Vai para aí em 6 meses para mais! Até porque as fronteiras não existiam. Não existia aquela fronteira “agora estás a instrumentar”.

Entrevistadora – Sim, só estás de anestesia ou só a circular.

Entrevistado – Ou seja, houve dias em que até estaria a circular e acabei a instrumentar, mas tive sempre o apoio de alguém. Eu não estava em total autonomia, pelo menos eu não me considerava estar em total autonomia.

Entrevistadora – Mas no final já contavas como elemento?

Entrevistado – Sim. Acrescento que eu comecei a integração na altura pela valência X que não era propriamente... ou não seria talvez a especialidade de mais rápida integração.

Entrevistadora – Por causa dos instrumentais muito complexos?

Entrevistado – Sim.

Entrevistadora – E das técnicas. Principais dificuldades que tiveste ou que sentiste e como é que superaste?

Entrevistado – Dificuldades que eu senti, objetivamente, como o facto de não ter uma pessoa que fosse responsável pela minha integração. Havia duas ou três pessoas com quem eu estava mais, sendo que uma delas eu não me identificava de todo com ela. E por uma questão pessoal, era difícil lidar com a situação.

Entrevistadora – Pois. E como é que conseguiste superar? À medida que ias tendo mais experiência, ias necessitando menos dessa pessoa, por exemplo?

Entrevistado – À medida que fui adquirindo mais experiência e fui sendo capaz de ter mais independência, eu fui ultrapassando isso.

Entrevistadora – Enquanto enfermeiro integrador e tu és tido como um dos peritos do serviço e responsável de valência, tiveste a cargo mais do que um enfermeiro em interação em simultâneo? Ou tinhas só um de cada vez?

Entrevistado – A integrar pessoas não. Embora eu sentisse que já por mais do que uma vez estive a integrar uma pessoa e com outro elemento em sala que eu não considerava estar tão bem integrado, que devesse estar a contar como elemento. Isso já senti. Felizmente não é o padrão diário.

Entrevistadora – Não é comum. Que avaliação é que fazes dos planos de integração atuais? Quais é que consideras serem as principais diferenças em relação aos planos de integração que havia quando fizeste a tua integração e a atualidade?

Entrevistado – As principais diferenças... eu creio que neste momento nas integrações há uma maior pressão para que as pessoas sejam integradas mais rapidamente e isso é uma diferença que eu noto. Há menos possibilidade de ter um elemento extra para quem está em integração não ficar sozinho, não é? O que eu noto mais é que creio que não há um acompanhamento do processo em si. O que é que eu quero dizer com isto? Que não existem objetivos específicos, não há metas para atingir, a pessoa está integrada ou não está, não podemos dizer que ela está parcialmente integrada, ou seja, a pessoa não se pode propor a ela a atingir determinados objetivos porque ela não sabe que objetivos é que estão subjacentes ao processo de integração. Ou está ou não está. E muitas vezes quem integra não tem uma palavra a dizer sobre o processo. As pessoas vão sendo integradas e poder-se-ia alterar alguma coisa a meio do caminho, mas isso não sucede.

Entrevistadora – Ou seja, tu estás a fazer a integração de um elemento e por imposição da chefia esse elemento passa por exemplo de anestesia para circulação ou sai dessa valência e passa para outra porque se acha que já está integrado sem te perguntar.

Entrevistado – Exatamente, exatamente. Da mesma forma que se eu estiver um mês com essa pessoa e depois vem outra pessoa a seguir e está mais um mês com essa pessoa ou duas semanas ou três semanas, não sabemos muito bem em que ponto é que a coisa está.

Entrevistadora – Quais é que consideras serem as principais diferenças em relação à atualidade, no que se refere aos períodos de integração dos novos elementos? Dos tempos que eram antigamente e dos tempos atuais? Os tempos de integração estão muito diferentes, agora é tudo muito mais rápido, é mais demorado, são os mesmos timings? De que forma é que achas que piorou ou melhorou relativamente há uns anos atrás?

Entrevistado – Existe essa pressão para que as coisas sejam feitas mais rapidamente em termos de integração, por um lado. E eu não considero isso só por si negativo. Aquilo que eu acho é que deviam existir esses objetivos a cumprir, essas metas para atingir, para determinada pessoa ser considerada integrada fosse por mim, pela pessoa B ou pela pessoa C. Até porque há pessoas que o fazem em diferentes ritmos e há diferentes formas de se posicionar perante um processo de integração. Ou seja, há pessoas que são mais proactivas, outras menos proactivas, há pessoas que hoje dizem que estão integradas e amanhã para a mesma coisa com pessoas diferentes já dizem que não, consoante as conveniências. E isso, por vezes, obriga-nos a ser capazes de conhecer melhor as pessoas e de filtrar as situações e a perceber o que é que realmente está a acontecer.

Entrevistadora – Ou seja, como consideras que não há objetivos que estão escritos, metas a atingir, a pessoa pode dizer o que quer porque assim como assim... pode dizer que já está apta a instrumentar determinada cirurgia, mas noutros casos dizer que não porque não há metas onde tenha que chegar, onde seja obrigatório, não há reuniões por exemplo com a chefia que indiquem que a pessoa já está apta ou não para se saber se pode avançar na integração.

Entrevistado – Exatamente, e até por ventura podemos pensar que uma pessoa está preparada para uma área e dentro da mesma especialidade em áreas diferentes e não ter adquirido assim tanta

experiência quanto isso, ou já ter adquirido e não a querer pôr em prática. Ou porque não gosta do tipo de cirurgia, ou porque não gosta do cirurgião e isso nem sempre será uma justificação válida para fazer ou não fazer as coisas.

Entrevistadora – Relativamente à tua opinião sobre a integração de novos elementos no bloco operatório, como é que achas que devia ser feita a integração dos novos elementos? Ideias...

Entrevistado – Depois desta conversa toda, acho que devia existir alguma grelha de elementos mais objetivos dirigida a cada especialidade que pudesse ser tida como referência quer para quem está a ser integrado, quer para quem integra, quer para quem chefia. Creio que a opinião de quem está a integrar as pessoas também devia ser importante, no momento de se avaliar essa integração. Por vezes as pessoas são dadas como integradas e nem sempre quem integra é consultado nesse momento.

Entrevistadora – E uma vez que cada pessoa em integração é uma pessoa e tem os seus timings de integração diferentes, não apostar tanto no tempo de integração, mas sim nos objetivos a atingir em cada fase.

Entrevistado – Exatamente, até porque há pessoas que se integram em duas ou três semanas e há outras que demoram bastante mais tempo. E não quer dizer que...

Entrevistadora – Não é melhor nem é pior, cada um tem os seus tempos...

Entrevistado – Exatamente.

Entrevistadora – Relativamente ao nível de cumprimento do plano de integração, habitualmente segues os tempos indicados nos planos de integração das valências que existem? Ou primeiro que tudo, se calhar começar por aí: dás a conhecer o plano de integração aos enfermeiros que estão a teu cargo?

Entrevistado – Habitualmente não dou a conhecer o plano de integração. Isso é um aspeto. Outro aspeto é que eu não tenho controlo sobre o plano de integração. Ou seja, quem define os timings não sou eu enquanto elemento, se é que me posso considerar assim, integrador. As pessoas chegam, têm uma posição definida para estar na sala, eu até posso achar que determinada pessoa já está há demasiado tempo na anestesia, por exemplo, e achar que ela deve estar mais envolvida por exemplo na parte da circulação, ou até surgir uma oportunidade de estar a instrumentar, com mais ajuda naquele momento e achar que dá para fazer isso. Mas na prática não tenho controlo sobre quando é que a pessoa deve estar de anestesia ou em que cirurgias é que deve estar de anestesia, em que cirurgias é que deve estar a circular. Há alguma margem para eu gerir isso em sala, por vezes faço e altero as posições em sala, mas não é o mais comum. Nem sempre há essa abertura.

Entrevistadora – Da parte dos integradores, ou seja, quem está a integrar também não quer sair do posto em que está?

Entrevistado – Há pessoas que olham para a distribuição que é feita pela chefia como sendo mais rígida e nem sempre eu me predisponho a mudar isso. Porque também entendo que se não sou eu que o faço, alguém que o faz, também poderia ser consultado para alterar isso, se as pessoas não estão de acordo... Não sinto que tenha que ser eu a mudar só porque sim.

Entrevistadora – Claro. De que forma é que consideras que os planos de integração podem ajudar os novos elementos nas suas integrações? Isto também parte um bocadinho, só para explicar estas questões, esta parte dos planos de integração; cada valência tem um plano de integração que acaba por ser muito semelhante entre valências e até os objetivos traçado são semelhantes para todas. E a minha ideia é, será que é importante estar cada valência com o seu plano de integração ou traçar um que seja comum a todas as valências, haver um para bloco e um para recobro. Imagina que um enfermeiro entra no bloco e faz integração em 3 valências num ano, na primeira leva mais tempo, mas depois consegue fazer 3 num ano. Vai estar 3 vezes a ler o mesmo plano de integração, em que só muda ali o nome da valência, porque é tudo muito semelhante. O que é que era mais importante? Criar um que seja transversal a todos ou manter um por valência?

Entrevistado – Se os planos de integração são semelhantes entre as valências, só por aí já...

Entrevistadora – Estão muito académicos, se calhar deviam estar mais associados à realidade e de forma a ter objetivos, lá está que sejam mensuráveis e capazes de dizer: atingiu este objetivo, pode passar à fase seguinte.

Entrevistado – Sim, se os planos de integração são bastante semelhantes entre as especialidades, já por aí se vê que talvez eles precisem de ser remodelados, por um lado. Por outro, acho que ajudaria que eles fossem mais dirigidos às especialidades mais no sentido de que alguém para estar integrado tivesse tido experiências variadas dentro da mesma especialidade. Porque, e neste bloco em específico, fazemos dentro da mesma especialidade diversos tipos de procedimentos e por vezes durante o ano existem duas ou três cirurgias de determinado tipo e por coincidência até pode ser a mesma pessoa a fazê-las. Ou seja, nem todas as pessoas terem uma experiência em todas as valências.

Entrevistadora – As mesmas oportunidades.

Entrevistado – Isso para além de me estares a falar que uma pessoa faz três integrações num ano, é outra questão que é quando traçamos os objetivos, termos as pessoas distribuídas por valências, e colocar-se por exemplo uma integração numa especialidade que só tem dois ou três dias de cirurgia por semana, querer fazer em três meses, implica ($4 \times 3 = 12$) 36 dias se formos para os 3 meses naquela especialidade, enquanto que se estiverem noutra especialidade que tenha cirurgia todos os dias e eventualmente até prolongamento, nos 3 meses ela vai ter muito mais oportunidades. Essa baliza de um mês pode ser discutível.

Entrevistadora – Daí não ligar tanto aos *timings* das integrações, mas sim aos objetivos a atingir.

Entrevistado – Exato.

Entrevistadora – De forma a aferir quais as áreas que precisava melhorar, quantas reuniões periódicas é que tiveste com o enfermeiro chefe e com os enfermeiros em integração? Ou seja, estás a fazer a integração a um novo elemento, alguma vez fizeste reuniões com a chefe e com o enfermeiro em integração, para saber se podiam passar para a circulação, por exemplo

Entrevistado – Eu acho que nestes últimos tempos, eu se tive dois ou três momentos informais à cerca do assunto, foi muito.

Entrevistadora – Quando tu foste integrado fizeste?

Entrevistado – Quando eu fui integrado tive pelo menos umas duas ou três reuniões mais formais sobre a integração.

Entrevistadora – E sabias quais eram os enfermeiros que te estavam a integrar? Nesta altura tu sentes que quem está em integração sabe quem é que o está a integrar? É-te dito “este enfermeiro está contigo, tu serás o seu integrador”?

Entrevistado – Não há essa distinção ou pelo menos eu não sinto que haja, embora depois as pessoas enquanto estão a ser integradas se identifiquem mais com uma pessoa ou com outra e satisfaçam dúvidas mais com essa pessoa, mas não existe essa definição de que aquele é alguém que deves usar como referência para a integração.

Entrevistadora – Não te é dito: “Está aqui, tu vais ficar com esta pessoa e tu vais ficar como integrador”

Entrevistado – Não, isso não.

Entrevistadora – Então reuniões periódicas também não têm sido feitas.

Entrevistado – Não! Não existem. Que eu tenha conhecimento não existem.

Entrevistadora – Daí também estarem a passar para um novo elemento sem os integradores terem conhecimento. Haver um novo elemento a ser integrado, ou passar da circulação para a instrumentação, por exemplo, sem seres consultado. Tens alguma sugestão de modo a melhorar os planos de integração, os que já existem, os tais por valência, ou se aches que seja mais benéfico um comum.

Entrevistado – Eu participei na revisão de um dos planos de integração, tinha na altura até idealizado num primeiro momento determinados timings para o efeito, e foi-me pedido que esse período fosse reduzido a menos de metade, porque tinha que ser assim. Talvez eu não seja a melhor pessoa para fazer os planos de integração, por um lado, até porque talvez fosse importante recolher a opinião de quem tem sido integrado mais recentemente em diferentes valências, porque essas pessoas também têm mais noção das carências e do que é que sentiram falta na integração. De qualquer das formas isso é um reparo que eu faço, por eu achar que para se ser integrado em determinada especialidade, são necessários 3 meses e restringirem o tempo a 9 a 12 semanas, é bastante limitador, no meu entender, e chegar ao fim e ter que dizer que determinada pessoa está integrada em função daquelas limitações, teria que se redefinir o que é estar integrado.

Entrevistadora – E além disso, as pessoas depois de serem consideradas integradas uma valência não ficam a cimentar conhecimentos, está integrado, passa para a valência seguinte. Nunca fica a “marcar passo” durante mais X tempo, como se fazia antigamente. Estavas integrado numa valência ficavas mais uns tempos a instrumentar, a circular... não passavas logo para outra. Essencialmente a instrumentar e a circular.

Entrevistado – Sim, lá está, outro aspeto que é importante. É depois ter oportunidade de praticar aquilo que se esteve ali a aprender, e até mesmo para as dinâmicas em sala, ter cada vez mais e mais pessoas novas a chegar, acaba por dificultar a dinâmica da sala e sacrificar por um lado as

integrações e a qualidade das integrações, sacrificar também quem está mais presente em determinadas valências, porque acaba por ter que integrar diferentes elementos consecutivamente e não tirar daí o sumo.

Entrevistadora – Exato. Sem ter o retorno.

Entrevistado – Isto para além de outro aspeto que é ter uma pessoa integrada em 6 valências diferentes, eu, no meu ponto de vista e para mim que já tenho alguma experiência, é-me difícil dizer que estou integrado em 5 ou 6 valências, dentro da minha forma de ver as coisas e achar que existe um elemento com 2 anos por hipótese de experiência de bloco e já está integrado em 6 valências, eu reservo-me o direito de ficar pelo menos desconfiado. (Riso)

Entrevistadora – Exatamente.

Entrevistado – Até pode estar, mas... vamos ver. Eu tenho dificuldades e já cá ando há uns tempos.

Entrevistadora – As cirurgias são cada vez mais complexas, as técnicas mudam, os instrumentais mudam... Conheces o manual de procedimentos existente no serviço. Costumas consultá-lo?

Entrevistado – Conheço, por vezes uso, até mesmo para colocar material nos carros de circulante, quando tenho alguma dúvida sobre os materiais. Por vezes gostaria que o material tivesse em suporte informático, estaria mais acessível. Às vezes quero determinado procedimento cirúrgico, sei que ele já foi feito e às vezes não o encontro.

Entrevistadora – Em que circunstâncias é que usas mais o manual de procedimentos? O manual em suporte de papel, por exemplo.

Entrevistado – Mais quando tenho dúvidas e assim num primeiro momento não quero recorrer a pessoas que conhecem mais sobre aquela área para colocar materiais em carro de circulante, acabo por ir ao manual de procedimentos.

Entrevistadora – E quais é que consideras serem as principais dificuldades na utilização desse manual?

Entrevistado – Nem sempre estão lá todos os procedimentos que eu sei que já existem e que estão feitos.

Entrevistadora – Em termos da intranet achas que estão acessíveis, facilmente se consegue chegar aos procedimentos, ao sítio onde eles existem?

Entrevistado – Acho que não.

Entrevistadora – A queixa geral é que não estão de fácil acesso, que não é intuitivo chegar ao sítio onde estão os procedimentos.

Entrevistado – Mas estão na intranet.

Entrevistadora – Nem sequer estão todos, também não passa por nós, não somos nós que colocamos na intranet, temos que mandar para outra pessoa que às vezes leva um ano ou mais para colocar na intranet.

Entrevistado – Eu nem sabia que estavam disponíveis.

Entrevistadora – Estão na intranet. Consideras que vídeos com os resumos das principais cirurgias efetuadas por valência, que se encontrem disponíveis na intranet iria facilitar as integrações no bloco?

Entrevistado – Poderia facilitar.

Entrevistadora – Seriam vídeos por exemplo com uma pequena abordagem da anatomia, os principais passos cirúrgicos, tudo muito resumido, com as mesas cirúrgicas, a localização do instrumentista em relação aos cirurgiões, por exemplo. Coisas assim gerais. Ou achas que o suporte em papel chega?

Entrevistado – Acho que poderia facilitar. Dois ou três vídeos por especialidade dentro desse modelo mas não creio que seja imprescindível nem creio que fosse algo em que nos devêssemos centrar muito. Não sei se será por aí, mas não tenho experiência sobre isso.

Entrevistadora – Da minha parte não tenho mais nenhuma questão a acrescentar, não sei se queres acrescentar mais alguma coisa

Entrevistado – Não.

Entrevistadora – Vai ser muito útil a tua entrevista porque vai-me dar muito trabalhinho para conseguir completar o meu trabalho de Mestrado. Agradeço a colaboração.

Entrevista 6

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela tua disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório Central – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Realço que todas as informações aqui recolhidas serão de caráter confidencial, não será nunca identificado o entrevistado, nunca será associado o seu nome, valências cirúrgicas por onde passou, etc. Autorizas a gravação?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Obrigada. Caso aches necessário, eu depois no final, vou-te facultar toda a entrevista transcrita em papel para que possas ler e dizer se era ou não o que querias dizer ou se não queres que determinada parte apareça. Para teres hipótese de alterar. Desejas colocar alguma questão antes de começar?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Relativamente ao teu percurso profissional, nomeadamente a experiência em bloco operatório, quanto tempo de exercício profissional é que tens?

Entrevistada – 10 anos

Entrevistadora – E de bloco?

Entrevistada – 10 anos.

Entrevistadora – Ou seja, não tinhas experiência prévia ao desempenho de funções em bloco operatório. Saíste da escola e vieste direta para aqui.

Entrevistada – Exato.

Entrevistadora – Relativamente à tua opinião sobre a integração de enfermeiros no bloco operatório, mais especificamente neste bloco operatório, o Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz, conta-me como é que te correu o teu período de integração no bloco, as dificuldades que tiveste, como é que as superaste... e vou-te fazer umas quantas questões de forma a orientar-te, mas podes dizer o que entenderes. Quanto tempo de duração é que teve a primeira fase que a AESOP considera de acolhimento, de observação.

Entrevistada – A primeira fase à vontade 6 meses.

Entrevistadora – Só de observação?

Entrevistada – Só de observação não. Só de observação estive para aí uma semana.

Entrevistadora – É o que a AESOP considera o período de integração na equipa, a integração social, digamos assim.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Conhecer as pessoas, os sítios... Cerca de uma semana.

Entrevistada – Pensei que estavas a falar só de uma valência.

Entrevistadora – Agora relativamente à segunda fase que é a enfermeira de apoio à anestesia, quanto tempo é que te lembras de ter estado de anestesia?

Entrevistada – De anestesia estive seguramente uns 3 meses. Seguramente, senão mais.

Entrevistadora – Acompanhada sempre?

Entrevistada – Praticamente sempre acompanhada.

Entrevistadora – Então, a 4 elementos na sala?

Entrevistada – Quatro elementos na sala.

Entrevistadora – Relativamente à atualidade...

Entrevistada – Não tem nada a ver...

Entrevistadora – E quanto tempo de duração na fase de circulação?

Entrevistada – Circulação estive muito pouco tempo, passei logo para a instrumentação.

Entrevistadora – E isso tudo numa primeira valência.

Entrevistada – Tudo numa primeira valência. E estive bastante tempo a instrumentar na primeira valência.

Entrevistadora – Ok. E também sempre acompanhada?

Entrevistada – Não. Não estive sempre acompanhada e saltei da circulação para a instrumentação, porque me foi permitido pela minha integradora na altura, mas estive sempre com muito apoio. Nunca estive a dois na sala, basicamente.

Entrevistadora – Nunca estiveste a fazer integração a contar como elemento.

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Quais as principais dificuldades que sentiste na altura e como é que conseguiste superar? Se é que tiveste....

Entrevistada – As dificuldades que eu tive inicialmente numa primeira abordagem, inicialmente logo foi com a terapêutica e com os ventiladores, porque não tive qualquer tipo de estágio nem experiência nenhuma em escola, relacionado com bloco operatório.

Entrevistadora – Pois... nós não temos no curso de base.

Entrevistada – A segunda dificuldade foi adaptar-me às 500 mil formas de trabalhar das 500 mil pessoas, sendo que nas valências apesar de os enfermeiros serem mais ou menos fixos, os anestesistas rodavam bastante e tive um bocadinho de dificuldade em aterrar, porque estava num momento de aprendizagem meu, de fármacos, de procedimentos e adaptar-me, posso dizer, às formas de trabalhar ou quase manias de cada pessoa, foi um bocadinho difícil. Foi a minha maior dificuldade.

Entrevistadora – E conseguiste superar como? À medida que te ias habituando ao trabalho?

Entrevistada – Eu acho que foi mesmo com a experiência. E com a permanência na valência. Porque deu possibilidade de conhecer as diferentes formas de trabalhar e repeti-las vezes sem conta.

Entrevistadora – Então o facto de teres estado mais tempo numa valência, o facto de estar mais do que 3 meses numa valência ajuda.

Entrevistada – Sem dúvida alguma. Nem sei como é que pode ser menos que 3 meses numa valência.

Entrevistadora – Enquanto enfermeira integradora que és e já tiveste muitos enfermeiros em integração a teu cargo, tiveste mais do que um enfermeiro em simultâneo?

Entrevistada – Não, mas tive frequentemente enfermeiros que tinham acabado a sua integração ou que o serviço considerou como integração, independentemente de ser um período muitíssimo curto, em conjunto com elementos que estavam em integração.

Entrevistadora – Novos na altura.

Entrevistada – Exatamente.

Entrevistadora – A AESOP preconiza que os enfermeiros que vêm de fora, ou seja, diretamente da escola, sem experiência nenhuma, deviam ter 1 ano e meio de integração no bloco; que quem vem de fora com experiência que não de bloco 1 ano; quem vem de fora com experiência de bloco 6 meses. Está um bocadinho aquém da nossa realidade atual. Que avaliação é que fazes dos planos de integração atuais? Quais é que consideras serem as principais diferenças do teu plano de integração, da forma como foste integrada e agora atualmente?

Entrevistada – O tempo de integração, reduziu muito! A própria forma de trabalhar; a motivação dos integradores reduziu drasticamente. As pessoas estão sem paciência, porque para já também estão a formar pessoas a toque de tambor, com um prazo muito curto. Independentemente, é pedido às pessoas que façam uma integração aos novos elementos, no entanto, independentemente da avaliação que os integradores façam, se o serviço considerar que é tempo da pessoa saltar fora e ir para outra valência, o que se sobrepõe é a decisão da chefia e isso desmotiva os integradores. E consequentemente leva a ter pessoas a trabalhar com falta de formação profissional e pessoas desmotivadas, porque sabem que ao seu lado têm pessoas em que não podem totalmente confiar, porque as pessoas não tiveram o tempo necessário de integração.

Entrevistadora – Qual é que é a tua opinião sobre a integração de novos elementos, como é que achas que devia ser feita então a integração dos novos elementos?

Entrevistada – As pessoas deviam estar acompanhadas e não em integração a contar como elemento. Obviamente que tem que haver um tempo estipulado para que as pessoas se integrem, não podem ficar permanentemente acompanhadas, mas deveria haver avaliações intermédias para perceber em que ponto da situação é que as pessoas estão, donde o formando e o formador davam a sua opinião em relação às dificuldades que estavam a ter e aos progressos.

Entrevistadora – Relativamente ao nível de cumprimento do plano de integração no bloco. Habitualmente segues os tempos indicados no plano de integração e a ordem inscrita neles?

Entrevistada – Não consigo conciliar isso, porque para já o tipo de doentes que aparecem trazem novas oportunidades, portanto eu não consigo controlar a ordem dos passos. Por outro lado, não consigo cumprir os tempos porque tenho frequentemente pessoas que estão em integração que se faltar um elemento, às vezes vão para a sala substituir um outro e, portanto, há pessoas que a integração delas foi feita em 15 dias ou 3 semanas, não sendo esses dias sequer seguidos.

Entrevistadora – Exato. Com frequência contam como elemento quando falta gente.

Entrevistada – Com frequência contam como elemento.

Entrevistadora – Dás a conhecer o plano de integração aos enfermeiros que estão a teu cargo?

Entrevistada – Sempre!

Entrevistadora – De que forma é que consideras que esse plano de integração pode ajudá-los nas novas integrações.

Entrevistada – Eu penso que se eles conhecerem o plano de integração sabem para já o que o serviço espera deles e depois como é que eles têm que orientar o seu próprio percurso.

Entrevistadora – De forma a aferir quais as áreas que eles precisam melhorar, quantas reuniões periódicas é que fazes em conjunto com a chefe e com os elementos que estão em integração?

Entrevistada – Atualmente nenhuma.

Entrevistadora – Então, tu estás a fazer integração aos novos elementos...

Entrevistada – ...E sou informada que esse elemento a partir de amanhã ou conta como elemento no sítio onde está, e habitualmente nem é isso que acontece. Habitualmente sou informada que o elemento vai começar noutra valência cirúrgica. Portanto, alguém decidiu que ele está integrado, alguém que nunca viu o percurso nem pediu o *feedback* da avaliação... e essa pessoa desaparece dali e vai ser integrada noutro sítio.

Entrevistadora – Tu estás a fazer a integração a uma pessoa, quem está de fora que não tem noção da fase de integração em que está, dá indicação que é para passar à fase seguinte?

Entrevistada – Exato.

Entrevistadora – Independentemente de saber a fase em que se encontrava.

Entrevistada – Independentemente da pessoa cumprir ou não minimamente os objetivos.

Entrevistadora – Tens algumas sugestões a fazer de forma a melhorar os diferentes planos de integração?

Entrevistada – Para haver um plano de integração e ele ser exequível, tem que haver pessoas, para que as pessoas sejam integradas. Portanto, não vale a pena traçar planos, porque por exemplo a nível do recobro existe um plano e eu acho que está muito bem traçado, e não há elementos para fazer cumprir esse plano.

Entrevistadora – Isto porque existe um plano de integração para cada valência e também um para o recobro e a minha pergunta é: será que é correto haver um plano de integração para cada valência? Imagina que um enfermeiro faz 3 integrações em 3 valências diferentes num ano e 3 ou 4, se passar também pelo recobro, e cada vez que vai a um sítio novo vê um plano de integração em que então nas valências cirúrgicas é praticamente sempre igual nem os questionários de avaliação mudam. Portanto, haverá necessidade de haver um por valência? É melhor criar um que seja linear?

Entrevistada – Obviamente. Tem que haver um que seja transversal, porque não faz sentido... a pessoa quando muda de valência não volta à estaca zero.

Entrevistadora – Pois. É a minha opinião também e a minha tentativa de harmonizar um bocadinho essa parte e arranjar um plano de integração que seja extensível a todas as valências e então um para o recobro, que é uma parte completamente diferente. Conheces o manual de procedimentos existente no serviço? Costumas consultá-lo?

Entrevistada – Conheço e consulto-o esporadicamente.

Entrevistadora – Em que circunstâncias é que necessitas de recorrer a ele?

Entrevistada – Em caso de dúvidas, habitualmente.

Entrevistadora – Mas mais em cirurgias ou em recobro?

Entrevistada – Tanto faz, acho que tanto faz.

Entrevistadora – Quais é que são as principais dificuldades que encontras quando precisas de o consultar?

Entrevistada – Primeiro encontrá-lo. Principalmente no acesso à intranet, no qual, de todo, não acho que seja um acesso fácil. E nomeadamente se a pessoa precisa, por exemplo, de preparar um carro para uma cirurgia, tem dúvidas e precisa de ir à intranet à procura do manual de procedimentos, já a cirurgia acabou e a pessoa ainda está à procura do manual de procedimentos.

Entrevistadora – E o que existe em papel cá no serviço?

Entrevistada – O que existe e que é de fácil acesso, nem sempre os procedimentos estão uniformes, apesar de já haver uma base, os procedimentos não são transversais, não são “chapa 5”, o que torna difícil às vezes a leitura e a interpretação dos mesmos.

Entrevistadora – Nuns o material está no início, noutros está a meio...

Entrevistada – Exatamente. A leitura não é fácil, e a pessoa quando vai à procura, habitualmente em situações que precisa: para agora, dificulta um bocadinho a consulta.

Entrevistadora – Consideras que vídeos com o resumo das principais cirurgias efetuadas por valência que se encontrem disponíveis na intranet, iriam facilitar a integração no bloco?

Entrevistada – Isso seria fantástico se existisse! Mas no entanto, penso que isso tinha que ter a colaboração da equipa... de toda a equipa cirúrgica.

Entrevistadora – Seriam vídeos em que teria por exemplo uma breve abordagem da anatomia, depois os principais passos cirúrgicos, tudo em filme, mas tudo coisas muito breves, imagens da mesa e do instrumental, se houver algum instrumental extra... seria útil conseguir visualizar? Não invalida haver um dossier com a parte escrita.

Entrevistada – Sinceramente, acho a ideia fantástica, acho que seria útil. No entanto, acho que teria um período de vida muito curto, porque as cirurgias, o instrumental, os procedimentos estão sempre a mudar. Os posicionamentos mesmo para a mesma cirurgia, dentro de cada equipa estão sempre a mudar. Portanto, nada é estanque. Acho que seria um grande investimento, mas sinceramente para ver vídeos já temos o YouTube. Portanto, para tirar ideias temos o YouTube. Não estou a dizer que não fosse uma boa ideia, porque é, no entanto, íamos ter que estar sempre a mudar os vídeos.

Entrevistadora – Isto também surgiu porque se calhar é mais fácil na sala operatória ter acesso à intranet, do que ter que ir à procura de um dossier que está fora da sala e pode querer ser consultado por mais que uma pessoa em simultâneo.

Entrevistada – Mas eu na sala operatória, não vou estar a ver um vídeo de uma cirurgia... Não é que não me fossem passar para já um “atestado de estupidez”, não é? Estando na sala a consultar o vídeo da cirurgia. Para já, então na sala, não acho de todo prático.

Entrevistadora – E como seria na intranet, não tens aceso em casa.

Entrevistada – Exatamente. Para isso existe o YouTube.

Entrevistadora – Desejas acrescentar mais alguma coisa?

Entrevistada – Não

Entrevistadora – Então, vai-me certamente ser muito útil esta entrevista, para o meu trabalho, muito grata pela colaboração. Depois apresento-te a transcrição da mesma.

Anexo V – Entrevistas efetuadas aos enfermeiros com três ou menos anos de serviço

Entrevista 7

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela tua disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório Central – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Realço que todas as informações aqui recolhidas serão de caráter confidencial, não será nunca identificado o entrevistado, nunca será associado o seu nome, valências cirúrgicas por onde passou, etc. Autorizas a gravação?

Entrevistada – Sim, autorizo.

Entrevistadora – Obrigada. Caso aches necessário, eu depois no final, vou-te facultar toda a entrevista transcrita em papel para que possas ler e dizer se era ou não o que querias dizer ou se não queres que determinada parte apareça. Para teres hipótese de alterar.

Entrevistada – Mas vai aparecer o que eu vou dizer em algum sítio?

Entrevistadora – Não. A entrevista é para o meu trabalho. Estou a entrevistar pessoas que fazem integração, portanto integradores e pessoas que estão a ser integradas. Ouvir as duas partes. O intuito é melhorar o processo de integração no bloco, que é uma das coisas que mais tem falhado ou que mais tem havido queixas durante os processos de avaliação. Eu estou a fazer um Mestrado em Educação e Formação, podes pensar que não tem nada a ver, mas quando foi falado também aqui com a Enfermeira Diretora, ela achou que era engraçado pegar na parte do dossier dos procedimentos e transferir também para outras ideias que não vou dizer para te ouvir primeiro e não te influenciar, e além disso eu achei que era prioritário também falar um bocadinho das integrações, associar o manual de procedimentos, às integrações no serviço e trabalhar as duas coisas. Os integradores queixam-se por exemplo que não sabem quais os enfermeiros que estão de integração, as integrações são muito fugazes, são muito rápidas, quem está de integração acha que não está tempo suficiente nas valências... várias queixas. Estou’

a tentar melhorar isso. E também depois o plano de integração de enfermeiros no serviço e também o processo onde estão todos os procedimentos. Desejas colocar mais alguma questão?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Então vamos começar por conhecer o teu percurso profissional... De forma a conhecer o teu percurso profissional, qual foi o teu percurso? Quanto tempo de exercício profissional é que tens? Trabalhas há quantos anos?

Entrevistada – Isso vai ficar confidencial... (Riso)... Eu trabalho para aí há 13 anos...!

Entrevistadora – 13 anos

Entrevistada – Sim... eu acabei em 2003.

Entrevistadora – Começaste em 2004?

Entrevistada – Não. Comecei logo no mês seguinte

Entrevistadora – Então trabalhas há 14...

Entrevistada – Sim... pois é... há 14 anos.

Entrevistadora – Qual o tempo de exercício neste bloco operatório?

Entrevistada – Neste bloco 2 anos.

Entrevistadora – Dois anos. E já tinhas experiência prévia de funções em bloco operatório?

Entrevistada – Já.

Entrevistadora – De quantos anos? Ou foi sempre em bloco?

Entrevistada – Não, não foi sempre em bloco, mas foi... agora não tenho... devia ter trazido o currículo... (Riso)

Entrevistadora – Não precisamos de esmiuçar tanto... (Riso)

Entrevistada – Eu tenho, antes de aqui estar... 4 anos e qualquer coisa de bloco...

Entrevistadora – 4 de bloco e depois já estás neste bloco há dois.

Entrevistada – Há dois, sim.

Entrevistadora – Passando agora para o grande tema da integração em bloco operatório e procurando conhecer a integração que tiveste neste bloco operatório, vou tentar perceber como é que decorreu o teu período de integração, como é que estás a correr, uma vez que ainda só cá estás há dois anos. As dificuldades que estás a sentir, a forma como estás a tentar ultrapassá-las, ou como é que achas que é possível ultrapassá-las. Vou fazer algumas questões que se calhar é mais fácil, para não te perderes.

Entrevistada – É melhor.

Entrevistadora – Quanto tempo de duração é que teve o período de integração na primeira fase de acolhimento e observação?

Entrevistada – Tempo... não sei mas...

Entrevistadora – O dia ou dias em que estiveste a conhecer o bloco, a conhecer o serviço.

Entrevistada – Ah só essa primeira...

Entrevistadora – Só acolhimento e observação.

Entrevistada – Isso foi um dia.

Entrevistadora – Só um?

Entrevistada – Acho que foi um dia... foi a Enfª X que me apresentou a toda a gente, acolheu-me...

Entrevistadora – É o que a AESOP fala como sendo a fase de socialização, em que se conhece o espaço físico, as pessoas, as dinâmicas do serviço.

Entrevistada – Sim, acho que só foi um dia.

Entrevistadora – Não foste conhecer por exemplo a central de esterilização.

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Foi apenas o serviço. Fizeste o curso de integração de enfermeiros no Egas?

Entrevistada – Fiz.

Entrevistadora – Que também era um dia.

Entrevistada – Que também era. Um dia, ou uma manhã... Não, era uma manhã tipo até às três.

Entrevistadora – Quanto tempo de duração é que teve o teu período de integração na segunda fase? E só para perceber, começaste pelo recobro ou pelas salas?

Entrevistada – Pela sala. Sala operatória.

Entrevistadora – Neste momento achas que é preferível para os novos elementos começarem pelo recobro ou começarem pela sala?

Entrevistada – Uma vez que eu já tinha experiência, não acho que tenha influenciado em nada eu ter começado pela sala e não pelo recobro. Mas, para os novos elementos que vêm sem experiência, sem saber nada disto, acho que é melhor começar pelo recobro.

Entrevistadora – Ou para quem tem experiência de internamento.

Entrevistada – Sim, ou para quem tem experiência de internamento, porque começar... embora eu quando fui para o bloco, comecei logo na sala. Eu nem sequer fazia recobro, porque eu trabalhava num sítio em que era separado.

Entrevistadora – Pois. Quando os blocos não têm recobro, tem de se começar pela sala, mas quando há hipótese...

Entrevistada – Eu só fazia sala. Aqui é que faço recobro, porque eu antes não fazia.

Entrevistadora – Quando há blocos que tenham recobro, como o nosso é preferível começar pelo recobro...

Entrevistada – Acho que é preferível começar pelo recobro.

Entrevistadora – Se não tiver experiência nenhuma. Se tiver, não é grave começar por sala...

Entrevistada – Sim, sim, sim.

Entrevistadora – Ok. Então e quanto tempo de duração é que teve a tua segunda fase, enquanto enfermeira de apoio à anestesia? Mais ou menos quanto tempo é que tiveste?

Entrevistada – Um mês.

Entrevistadora – E tiveste sempre acompanhada?

Entrevistada – Não estive sempre, mas para aí a primeira semana ou duas semanas, estive sempre acompanhada. Quase sempre. Mas como eu também já tinha experiência, já podia ficar mais sozinha e então se calhar, não sei... foi antecipado o tempo em que eu já ficava sozinha. A partir da segunda semana, provavelmente já fiquei sozinha, já não me lembro bem.

Entrevistadora – O que a AESOP estipula em termos de tempos é que enfermeiros que tenham acabado de sair da escola e venham diretamente para bloco, um ano e meio de integração; para quem vem de um internamento, por exemplo de um serviço que não bloco, ou seja, sem experiência de bloco, para bloco operatório, mas com experiência noutros serviços, um ano de integração; para quem tem experiência em bloco e vem para bloco, meio ano de integração.

Entrevistada – Meio ano, pois. Ainda assim parece-me excessivo. Dependendo...

Entrevistadora – ...do nível de experiência...

Entrevistada – Exatamente! Se tem que aprender a circular e instrumentar uma valência, pode não ser excessivo. Depende.

Entrevistadora – Exato. E sentiste que esse mês que passaste de anestesia foi suficiente.

Entrevistada – Para mim foi, porque eu já sabia. Para mim foi...

Entrevistadora – Foi suficiente. Na 3ª fase enquanto enfermeira circulante, tiveste quanto tempo? E se foi acompanhada ou não...

Entrevistada – É assim, algumas vezes foi acompanhada, outras vezes não. Acontecia muitas vezes quando eu estava a aprender a circular e a instrumentar que... falta sempre alguém... falta sempre alguém e depois, passo a não estar acompanhada... Inicialmente o que acontecia era como não posso estar sozinha, mas também não estou acompanhada, “então vais para a anestesia”. E acabei por passar mais tempo na anestesia por causa disso. E o mesmo aconteceu com a instrumentação: falta gente, não posso ir sozinha... mas também não posso ir acompanhada, pois não é possível por falta de pessoas. Mas ainda consegui passar algum tempo com alguém. Mas não o desejável. Tipo, eu não passei um mês acompanhada.

Entrevistadora – Exato. Uma das queixas que houve, numa das entrevistas que fiz é que a sensação que a pessoa tinha que estava a ser integrada, cada vez que faltava alguém, que achava que afinal já estava a conseguir mostrar trabalho na circulação ou na instrumentação e passava para a anestesia e pensava “Bolas, afinal se calhar não sei nada”, porque voltava outra vez para trás.

Entrevistada – O que eu acho é que, também... como é que eu hei-de dizer isto? Cada vez que eu vinha pensava “Bem, se falta alguém, volto para trás outra vez...”, porque não me deixam arriscar. Porque aqui ninguém deixa arriscar. Eu que já tenho experiência de 4 anos, ninguém me deixava ficar

sozinha a circular, uma coisa simples. E eu não acho isso correto. Embora eu perceba que tenho que estar acompanhada, mas eu não sou... totalmente...

Entrevistadora – Não vens do nível zero.

Entrevistada – Eu não sou do nível zero. E portanto, é um bocado mau tu vires trabalhar, saberes que estás de integração a circular, já nem digo instrumentar, mas estás a circular, e depois falta outra pessoa que tu não tens culpa, e o serviço também não, porque tem que se colmatar estas faltas e tu acabas por... quer dizer... não podes circular porque ninguém te permite... ainda sabe Deus... ainda ouves coisas que sabe Deus “Porque não podes estar a circular, porque ainda só estás há uma semana”. Quer dizer... parece que a pessoa passa a ser bebé outra vez. E eu não concordo com isso. Acho que uma pessoa que não sabe nada, sim senhora, tem que estar mais acompanhada, tem que se investir se calhar mais tempo nela.

Entrevistadora – Até porque não estás sozinha na sala, tens mais dois elementos.

Entrevistada – Exatamente... exatamente! Era isso que eu ia dizer a seguir. Ainda assim essa pessoa acho que sim senhor. Agora uma pessoa que já sabe alguma coisa, tem uma experiência de 4 anos, não pode ficar sozinha a circular? Com uma pessoa que tem experiência na valência a instrumentar e outra na anestesia? Não, não percebo isso e acho que dificultam muito a integração... aqui quebram muito e dificultam!

Entrevistadora – É um dos principais erros e que nunca deve acontecer é mesmo esse. Cada vez que faltar um elemento, ir-se buscar alguém que está em integração. É um erro que não pode, não deve acontecer.

Entrevistada – Mas é o que acontece sempre, sim.

Entrevistadora – É completamente errado, por falta de um elemento estar a “estragar” uma integração.

Entrevistada – Pois, e a pessoa que está a ser integrada, sente-se muito mal... É errado porque para além de todo o processo que quebrou, para além disso a pessoa que está a ser integrada sente que “Ok, isto vai demorar muito mais tempo e quebro aqui, nunca mais é...”, parece que não reconhecem que eu sou... já não sou uma criança no bloco! Já sou no mínimo uma adolescente no bloco. Já posso ficar sozinha! Já fiquei sozinha em tantas cirurgias e em situações que nem devia, quanto mais...

Entrevistadora – E à hora de almoço também ficas sozinha...

Entrevistada – E à hora de almoço também fico sozinha. E depois é assim, o bloco tem muita gente a trabalhar... Nós estamos nunca sozinhos.

Entrevistadora – Só se for à noite ou à tarde.

Entrevistada – Exatamente, se for uma emergência é diferente. Estamos a falar de coisas diferentes, agora, nunca ficamos sozinhas no bloco! Eu sei quando preciso de ajuda venho a correr, nem que vá ao gabinete pedir, ou vá à sala ao lado, há sempre alguém. Portanto...

Entrevistadora – Nem falando com as pessoas na altura...

Entrevistada – Há pessoas que não são muito receptivas... além disso há pessoas que acham que tem que se fazer uma integração como há 10 anos. Se a integração era de 6 meses, agora a integração também tem de ser e portanto, se não é... não facilitam, pelo contrário! Ainda dificultam mais a vida da pessoa que tem que ser integrada. Porque a pessoa tem que ser integrada! Não é? Tem que ser. E depois não facilitam. Não estou a dizer que é toda a gente, mas há muita gente que não... Não ajuda muito nesse sentido. Porquê? Porque há 10 anos quando entraram, ou há 20 tinham 6 meses de uma valência. E então não pode ser... No primeiro mês ficas sozinha...

Entrevistadora – Não podemos ser estanques em termos de tempos porque as pessoas não são todas iguais, os tempos de aprendizagem não são iguais... E não se pode balizar com tantos tempos. Tem que se estabelecer é objetivos.

Entrevistada – Exatamente... Eu acho que tem que se estabelecer objetivos e tem que haver bom censo, não é?

Entrevistadora – Claro.

Entrevistada – E a pessoa que está a integrar também tem uma função muito importante nessa questão, até para travar outras pessoas que se metam.

Entrevistadora – O papel do integrador e de quem está de integração é fulcral, mas o do integrador é que comanda todo o processo de integração.

Entrevistada – É que comanda...! Nem sempre são as pessoas melhor escolhidas.

Entrevistadora – Mas ficaste com responsáveis de valência?

Entrevistada – Sim, fiquei com a enfermeira X na valência Y e na valência Z não sei...

Entrevistadora – Deve ter sido a enfermeira K.

Entrevistada – Se calhar, não sei. Mas nunca me disseram “Olha esta enfermeira vai ficar...”

Entrevistadora – Pois... nunca foste entregue, não te disseram “Esta é a enfermeira A, vai ficar contigo de integração nesta valência.”

Entrevistada – Não! A não ser na valência X. Aí já não sei... mas disseram-me. Na valência Y ninguém me disse “A tua integradora é esta”. Fui para a sala e... desenrasca-te.

Entrevistadora – Exato. É uma das queixas...

Entrevistada – Pois, que também está mal, não é?

Entrevistadora – Está completamente errado! Se tu não és entregue, ninguém se sente na obrigação de fazer nada, não há objetivos que tenham que ser cumpridos. Pensa-se “Eu não tenho que o fazer porque ninguém me informou”.

Entrevistada – Precisamente! Nem há avaliação de aquisição de conhecimentos e competências por parte de alguém que tem que o fazer.

Entrevistadora – Exatamente, para saber se podes avançar na integração.

Entrevistada – E eu, por muito que não goste de ser avaliada, porque é sempre uma situação desconfortável... eu preciso que alguém veja o que eu estou a fazer. E veja se estou a fazer bem ou mal, que faça a avaliação e me diga... Mas isto ninguém faz... Ou faço comportamentos errados ou então pronto... tento ser autodidacta, tento... pronto, fazer o meu melhor...

Entrevistadora – É imprescindível... E então na fase de circulação estiveste quanto tempo? Mais ou menos.

Entrevistada – Na primeira valência?

Entrevistadora – Na primeira valência.

Entrevistada – Ai, ainda estive bastante. Bastante, porque depois faltava imensa gente e depois consideram que ainda precisava de muito mais tempo para estar a circular.

Entrevistadora – Fizeste sempre manhãs? Enquanto estavas de integração?

Entrevistada – No primeiro mês fiz sempre manhãs, mas depois não fiz sempre só manhãs. Não.

Entrevistadora – Achas que é benéfico ser um horário sempre de manhãs para quem está em integração? Os primeiros imaginemos, 6 meses, 3 meses... Pelo menos os primeiros meses... eu até diria 6. Poderiam ser feitos os intermédios, das 8h às 20h, mas que significa que estás de manhã sempre, ou achas que podes fazer por exemplo tardes? Cada vez que estás de tarde, achas que quebra o plano de integração?

Entrevistada – Não. Eu acho que quebra um bocado, mas acho que também é essencial que a pessoa não esteja 6 meses sempre a fazer a mesma coisa, sem ter um descanso.

Entrevistadora – Eu só quero saber a tua opinião. O nosso bloco funciona 24 horas, temos rotinas de urgência e rotinas de programada e se fizeres tardes também conheces as rotinas da urgência.

Entrevistada – Sim, eu acho que é benéfico, que é essencial que a pessoa faça muitas manhãs seguidas, para perceber a dinâmica da coisa. Um, dois, três meses. Mas depois também acho importante fazer o resto. Porque só fazer manhãs depois também é sempre a mesma coisa e não só. Também tem que ter outra dinâmica e mentalmente... só conhece a programada, não sabe mais nada. E acho que é importante também o resto.

Entrevistadora – Na instrumentação, na 4ª fase, considerada de instrumentação.

Entrevistada – Ainda estive... para aí dois meses.

Entrevistadora – Então foi mais ou menos 5 meses na primeira valência.

Entrevistada – Se calhar.

Entrevistadora – Dois a instrumentar, dois a circular e um de anestesia.

Entrevistada – Sim, talvez. E arrastou-se mais por causa disso.

Entrevistadora – Pelas faltas...

Entrevistada – Porque o objetivo da antiga chefe era que fosse um mês numa coisa, um mês noutra...

Entrevistadora – Mesmo na primeira valência?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Que é completamente desadequado.

Entrevistada – Pois. Que parece-me muito pouco, mas o objetivo dela era que eu fizesse um mês na anestesia, um mês a circular e um mês na instrumentação. Isso não foi possível, dadas as circunstâncias do serviço. Porque se não, se fosse permitido pelo serviço, se não faltassem pessoas, mesmo externas à integração, era um mês para cada área dentro da valência.

Entrevistadora – Estava completamente balizado em termos de tempo e não interessa os objetivos, se atingiste ou não, interessa é que passou um mês e passavas para a fase seguinte.

Entrevistada – Exatamente. Independentemente se estava ou não preparada para passar para a fase seguinte. Que não, não está nada certo.

Entrevistadora – Quais as principais dificuldades que sentiste, se é que sentiste e como é que conseguiste superá-las, ou como é que ainda consegues. Ainda deves sentir dificuldades em algumas coisas, se calhar...

Entrevistada – Claro que sinto.

Entrevistadora – As principais... sentiste-te o quê? Mais sozinha nas salas... o que é que achas? Foi essa de cada vez que querias mostrar que já trazias conhecimentos e que já os adquiriste também cá não te deixam, isso é uma delas.

Entrevistada – Sim, travam bastante.

Entrevistadora – Exato. Mais... tiveste mais dificuldades em circular ou na instrumentação de anestesia que achas que consigas dar o teu contributo... Por exemplo isso que tentas falar com as pessoas? Pronto elas podem não estar muito recetivas à ideia de não voltares para a anestesia. Mas é uma das formas, tentar falar com o integrador a ver se deixa, uma vez que já estão dois elementos que estão integrados, se te deixam avançar para a circulação ou instrumentação.

Entrevistada – Uma das coisas que eu senti e continuo a sentir e falei com a antiga chefe e percebo que não seja possível concretizar plenamente, e que é: eu não consigo ter prática em todo o tipo de cirurgias numa valência. É impossível. E isso para mim é uma dificuldade. Ainda agora fui pesquisar o procedimento X, porque nunca o fiz. Embora já estou integrada nessa valência, já me sinto muito à vontade. Se tiver que ir instrumentar essa cirurgia que fui pesquisar sozinha, não vou pedir ajuda nem entrar acompanhada.

Entrevistadora – Sim, mas vais mais às cegas por nunca teres apanhado.

Entrevistada – Exatamente, e então sinto um bocado de dificuldade nesse sentido, embora existam os protocolos que podemos consultar, não é a mesma coisa, mas sinto que depois acontece muito isso. Apanhamos sempre quase as mesmas cirurgias e faltam-nos outras. E depois também outra dificuldade é que muitos dos turnos a minha integradora não está. E para não estar... ok, eu tenho

que fazer manhãs, mas não acho que seja a coisa mais certa, fazer eu manhãs, se quem me está a ensinar não está presente. Não sabe aquilo que já me explicou e aquilo que tem que me explicar e não pode também gerir um bocadinho na sala a minha presença. E acho que isso é uma dificuldade, acho que é uma dificuldade. Acho que não interessa estar uma pessoa 6 meses de manhã, a fazer manhã, se a integradora não está presente.

Entrevistadora – Um dos benefícios dos 6 meses por exemplo na valência X é apanhares mais tipos variados de cirurgias por exemplo.

Entrevistada – Sim. Nesse aspeto ia ser melhor

Entrevistadora – Também sabemos que há muitas valências que têm cirurgias que são cíclicas, por exemplo os aneurismas aparecem mais no Verão, por exemplo. E há valências onde isso também acontece. Na Urologia também, os cálculos renais aparecem mais no Verão. Mas não tendo a sorte de apanhar essa altura do ano, não se vai prolongar a integração mais um ano por causa disso, mas ao menos que se consiga nos 6 meses tentar apanhar, um dos pontos também é por aí. Outro que pode acontecer é falar com a responsável da valência ou com a chefe. Cada vez que se sabe que há aquela cirurgia, ter a possibilidade de ir à sala, de voltar a essa valência e fazer a cirurgia.

Entrevistada – Pois, mas depois na prática...

Entrevistadora – Vai comprometer os planos de outros que já lá estão...

Entrevistada – Pois, era isso que eu ia dizer. Na prática isso não é possível.

Entrevistadora – Pois, porque já lá está outra de integração. Vais tu quebrar a integração dela.

Entrevistada – Exatamente. Já está outra pessoa de integração e depois não só, se falta outra pessoa noutra sítio não dá. Ou imagina que não há mais ninguém que esteja integrada noutra valência em que estou distribuída naquele dia... Eu tenho que ir para ali, não posso ir aprender... Isso na prática é muito bonito, mas não é... Muito raramente é praticável.

Entrevistadora – Então não há mais ideias? Podemos avançar?

Entrevistada – Penso que sim. Acho que... Acho que as pessoas deviam estar mais recetivas a ensinar os outros de uma forma geral. Não esperando que seja a pessoa que está destinada como sendo a integradora. Acho que isso também... foi um dos problemas que eu senti.

Entrevistadora – Que só tinhas uma pessoa a integrar-te?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – E quando ela não está...

Entrevistada – Quando ela não está ficas perdida... Entregue a quem lá está que como não tem responsabilidade nenhuma, então também não se sente na obrigação de o fazer. Está cansada, não recebe para isso, não está para se chatear...! Eu percebo também. Mas acho que todos temos obrigações de formação.

Entrevistadora – E quem está em integração não consegue avançar pois não tem ninguém que a ajude... E tu sozinha não consegues...

Entrevistada – Precisamente. Embora ache que de uma forma geral as pessoas ajudam.

Entrevistadora – Exato, mas foi uma das coisas que sentiste? Que precisavas de mais apoio? Que quem faz as integrações esteja mais presente.

Entrevistada – Sim, mais presente... nos dias em que eu estou. A pessoa está presente, claro tem o seu horário normal...

Entrevistadora – Quanto ao plano de integração dos enfermeiros no bloco operatório, tentando conhecer o que é que sabes sobre o plano de integração, deram-te a conhecer o plano de integração das diversas valências por onde passaste? Tu cá estiveste em recobro também?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Recobro e duas valências. Deram-te a conhecer o plano de integração das duas valências e do recobro?

Entrevistada – Não. Na valência X e no recobro, deram-me a conhecer o dossier e inclusivamente preenchi um plano de avaliação. Nunca ninguém quis saber da minha avaliação, as cruzinhas, o que eu preenchi lá no plano.

Entrevistadora – Preencheste e ficou para ti...

Entrevistada – Sim. Ninguém me pediu nada, ninguém me disse nada!

Entrevistadora – Nem as próprias integradoras tu pediram de volta?

Entrevistada – Não. Não pediu de volta, mas ela disse “tens que fazer isso...”.

Entrevistadora – Então ficou a meio, porque depois teria de ser entregue à integradora, ser discutido com ela e depois ser visto em reuniões intermédias com a chefe.

Entrevistada – Pois não sei. Eu entreguei a alguém, mas acho que foi à chefe.

Entrevistadora – Porque a chefe pediu ou porque tu achaste que tinhas que entregar?

Entrevistada – Já não me lembro bem mas acho que foi a chefe que pediu. Na outra valência não houve plano, não houve papel, não houve discussão de plano de integração nenhuma, não houve nada e acho que isso tem a ver... também acho que está errado, muito errado, porque não houve, lá está, não houve um plano do que é que vamos fazer. E acho que isso tem a ver com o facto de não haver uma pessoa que ficasse comigo. Porque no fundo se me perguntares “quem é?” Não é ninguém! Se me perguntares se eu tive uma integradora na outra valência e quem era? A enfermeira X. Tinha um elemento de referência. Se perguntares quem me integrou no recobro? A enfermeira Y.

Entrevistadora – Tinhas pessoas de referência em que conseguias discutir com elas os objetivos, se atingiste, se não atingiste, o que é que podias fazer para melhorar, em que é que podias melhorar... Deram-te a folha, sabias que aqueles eram os objetivos, deveriam tê-la pedido de volta, para discutir contigo e depois então em reunião periódica com a chefe. Ficou o processo a meio.

Entrevistada – No caso da valência Z, não houve princípio nem meio, nem fim. Felizmente, lá está, eu já sabia muita coisa anterior...

Entrevistadora – Tiveste que aprender e esforçaste-te e foi muito às tuas custas...

Entrevistada – Muito às minhas custas, embora a enfermeira A foi a enfermeira que mais me ajudou naquela especialidade. Mas, foi muito às minhas custas, foi muito baseado naquilo que eu já sabia e na minha vontade de aprender, que felizmente é muita e procurar saber e estudar e perguntar a uma pessoa e a outra, porque de resto não. Eu nunca preenchi nenhum papel. Nunca ninguém me deu um papel sequer. E sim, sinto-me muito bem integrada na valência, felizmente. Porquê? Porque eu já sabia coisas e porque fui procurar saber. Uma pessoa nova, se tem isto...

Entrevistada – Se vem sem experiência, muitas vezes também não sabem o que é que hão-de procurar para aprender, porque nunca lá estiveram... não é fácil.

Entrevistadora – De que forma é que achas que podem ajudar os novos elementos nas suas integrações esses planos de integração?

Entrevistada – Acho que ajudam porque orienta um bocadinho o percurso e dá para perceber o que é que até hoje já devem ter feito e daqui a um mês o que devem ter evoluído, dá para ter uma noção que quem não sabe nada não consegue ter. Mas acho que isso tem que ser na prática, porque dizer só para o papel e preencher um papel é a mesma coisa que nada. Que foi o que eu fiz. Eu fiz o papel só porque me disseram “tens que fazer o papel!”. Não houve discussão nenhuma, não houve nada. É óbvio que eu conversava com a integradora da 1ª valência (a que fomos apresentadas) e dizia-lhe aquilo em que eu tinha dúvidas. Debatia com elas coisas específicas, práticas da valência, mas não houve nenhum processo de grande avaliação. Portanto acho que sim. Acho que esse plano deve ser feito, mas acho que ponto a ponto deve ser conversado com a pessoa que está responsável pela integração.

Entrevistadora – E deve estar mais baseado nos objetivos a atingir ou em tempos? Por exemplo de anestesia X meses...

Entrevistada – Acho que em objetivos a atingir e não tanto focado no tempo. Porque é que tem de ser 6 meses? Ainda à bocadinho eu estava a falar nisso. Eu não tenho necessidade de estar 6 meses na valência X a ser integrada. Acho que é um desperdício de tempo, acho que é um desperdício de recursos humanos e eu acho que não preciso de tanto. Porquê? Porque sou uma pessoa que já tem experiência anterior. E por isso acho que deve de ser tendo em conta os objetivos e não o tempo. Lá porque a AESOP diz que tem que ser meio ano, não tem que ser... acho que tem que haver bom senso também nisso. Eu acho que tem que ser mais por objetivos

Entrevistadora – Estou também a perguntar porque o que existe no serviço é um plano de integração para o recobro e depois um para cada valência. Tu só conheces um de uma valência, mas se vires os outros, eles são todos iguais. Praticamente. Muda ali uma coisa ou outra...

Entrevistada – Então se calhar por isso é que na valência Y não me deram... (Riso!)

Entrevistadora – (Riso) Não porque não adivinhavam que na outra valência tinham dado (Riso). O que eu acho é que quem vem ser integrado no bloco, imagina que fazem duas valências mais

recobro... eu acho que devia haver um de recobro e um de bloco operatório, porque se tens um em cada valência, se fazes duas ou três valências num ano, duas ou três vezes tu vais ler o mesmo plano de integração que tem praticamente as mesmas coisas todas iguais

Entrevistada – Não tinha noção que tinha as mesmas coisas...

Entrevistadora – Eu queria saber qual é a tua opinião relativamente a ser criado um plano de integração para bloco operatório, com as especificidades e depois com anexos para cada valência, por exemplo, mas que o grande bolo do plano de integração vai ser igual, porque é bloco operatório, é sala operatória, e por exemplo de anestesia é igual para todas as valências.

Entrevistada – Pois é.

Entrevistadora – Estás sempre a ler o mesmo em cada valência. Circulação, os princípios básicos é a mesma coisa e instrumentação é que tens especificidades nas caixas, nos procedimentos é um bocadinho mais específico, mas de resto o base é igual para tudo. Ser criado um plano de integração único para bloco operatório, que depois tinha anexos com as especificidades para cada valência, com algumas cirurgias ou o que for. Ser então um de bloco e um de recobro. Achas que era benéfico para quem vem?

Entrevistada – Acho. Eu acho, mas eu não acho que deva ser igual para todas as valências lá está. Não pode ser.

Entrevistadora – A base é sempre igual.

Entrevistada – Mas a base é a base para todas as salas.

Entrevistadora – Exatamente.

Entrevistada – É uma base geral, o princípio geral.

Entrevistadora – Os princípios da anestesia, os princípios da circulação, são iguais para tudo. Na instrumentação também mas depois tem as especificidades.

Entrevistada – Mas isso já nem era preciso estar no plano de avaliação, na minha opinião, de objetivos. Porquê? Porque isso aí é básico tem que ser sempre em todos. De bloco. Portanto, o que é que me interessa dizer que atingi esse objetivo nesta valência, na outra... é óbvio! Isso tem que ser. Isso é básico! Eu não acho que isso deva constar, estar sempre a constar.

Entrevistadora – Apenas as especificidades e um para cada valência.

Entrevistada – As especificidades é que têm que estar.

Entrevistadora – Mas um para cada valência com as suas especificidades ou um único com anexos. Se achas que não é preciso um com as coisas mais básicas então ficaria só um para cada valência com as especificidades.

Entrevistada – Eu acho que sim. Porque não uma pessoa que nunca trabalhou num bloco fazer logo à partida esse dos princípios básicos. Porque uma pessoa que está inicialmente de anestesia também faz alguma coisa de circulação. Não é estanque. Portanto, porque não começar pelos princípios

básicos e depois se está naquela especialidade, são aqueles objetivos daquela especialidade, que não são objetivos iguais na urologia como na neurocirurgia, impossível.

Entrevistadora – Sim, sim, sim. Nem das do recobro... Por exemplo do recobro e salas será sempre diferente.

Entrevistada – Mas acho que sim, acho que deveria haver... mas uma vez que se calhar não é muito prático fazer isso, um geral e outro com as especificidades, acho que essa ideia de ter uns anexos com a especificidade daquela valência...

Entrevistadora – Fazer um mais abrangente para quem vem de novo para o bloco que depois tenha anexos com as especificidades de cada valência.

Entrevistada – Mas por exemplo na minha fase, quando eu for para outra valência para que é que eu vou estar a... “atingiu o princípio básico de...”

Entrevistadora – Isso já estava atingido à partida desde que fases a primeira valência. Mas a partir daí tinha sempre que ser entregue pelos integradores apenas a parte dos anexos das especificidades.

Entrevistada – Exatamente.

Entrevistadora – Ok. De forma a aferir quais as áreas que precisavas de melhorar, quantas reuniões periódicas é que tiveste? Com a chefe, a enfermeira integradora e tu em integração? Tiveste alguma vez reuniões periódicas?

Entrevistada – Não. Tive uma reunião com a chefe que foi a avaliação anual.

Entrevistadora – Pois isso todos temos. Mas não foi feita nunca nenhuma avaliação periódica? O que é suposto fazer-se é: tu estás de integração na anestesia, poderá ser feita uma reunião intermédia para saber como é que te estás a sentir e isso poderá ser feito apenas contigo e o integrador, mas deveria ser com a chefe também. Em que fase é que estás, se está a correr bem, se precisas melhorar algo...

Entrevistada – Essa conversa existiu entre mim e a Enfermeira X.

Entrevistadora – Mas com a chefe nunca?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – E passaste para a circulação porque a chefe disse agora vai começar a circular. Foi-te imposto ou foi a enfermeira integradora que disse “já estás capaz de ir para a circulação agora avanças” independentemente do que achavas...

Entrevistada – Não. Foi a enfermeira integradora, sim.

Entrevistadora – Passaste a ser escalada a circular porque foi feita a conversa com a chefe e passaram a pôr-te a circular ou porque a enfermeira integradora disse que estavas capaz?

Entrevistada – Não. Imagina, passaram os 3 meses estipulados pela chefe, a partir daí o que está escalado é eu poder já estar a fazer qualquer uma dessas coisas. Embora, houve alturas em que

estava escalada e tanto a enfermeira A como B (integradoras e responsáveis de valência) vieram ao gabinete dizer que não podia ser.

Entrevistadora – Não foi feita conversa entre a chefe e o integrador, quem te estava a integrar e tu no sentido de perguntar: “já pode avançar para a circulação, então vamos pô-la. Já pode avançar para a instrumentação”...?

Entrevistada – Não sei. Comigo nunca foi!

Entrevistadora – Mas deveria ter sido com as 3. Tu tens que saber!

Entrevistada – Eu acho que era essencial!

Entrevistadora – Terá de ser ouvido o integrador para saber como é que tu estás, mas tu tens que ser ouvida, saber como é que te sentes e para te poderem dizer: tens que melhorar isto ou aquilo. Caso contrário tu não adivinhas, logo não vais melhorar nunca.

Entrevistada – Exatamente. Eu acabei por fazer isso com a integradora na valência X.

Entrevistadora – Mas na valência Y nunca fizeste.

Entrevistada – Não, fiz porque tu vais buscar a referência das pessoas que mais te apoiam, não é? Com quem mais estás. Eu senti-me muito apoiada pela Enfermeira X que é a responsável da valência e para mim eu assumi que ela era a minha integradora naquela valência. Portanto, eu tive essa conversa porque eu própria procurava fazer, agora se tive uma conversa formal...?

Entrevistadora – Nunca houve reuniões formais entre a chefe e quem te está a integrar?

Entrevistada – Não! Não. E se houve alguma entre a integradora e a chefe foi sempre sem mim. É possível que tenha havido.

Entrevistadora – A tal folha de avaliação dos planos de integração de anestesia, circulação e instrumentação, só fizeste a de anestesia, nunca fizeste as outras? Ou fizeste todas?

Entrevistada – Fiz. Fiz todas.

Entrevistadora – Nunca entregaste? A folha nunca foi discutida...

Entrevistada – Entreguei na valência X. Entreguei.

Entrevistadora – E no recobro?

Entrevistada – No recobro... no recobro se calhar também entreguei, no recobro já não tenho a certeza.

Entrevistadora – Então deram-te a folha e nunca foi discutida com ninguém.

Entrevistada – Não!

Entrevistadora – Que é para isso que as reuniões periódicas servem. Para se dizer: Então achas que atingiste isto? E a integradora dizer: eu acho que não atingiu. Ou “Ela pôs aqui que não atingiu mas eu acho que já atinge”.

Entrevistada – Não, isso nunca aconteceu.

Entrevistadora – Nunca foi feita essa avaliação.

Entrevistada – Embora, também no recobro, eu fazia imensas perguntas à integradora e ela estava sempre disponível. Mas não, isso formalmente assim nunca aconteceu.

Entrevistadora – Tens algumas sugestões a fazer de forma a melhorar os diferentes planos de integração? É mais esse das especificidades...

Entrevistada – Sim, das especificidades, é as pessoas estarem mais disponíveis para ensinar os outros... Eu percebo que também estejam cansadas e...

Entrevistadora – Mas se não estão disponíveis apesar de serem responsáveis de valência, não podem ser essas a integrar os novos elementos.

Entrevistada – Pois não podem... Sugiro que sejam escolhidas as pessoas com mais perfil para isso. E lá está: avaliar a pessoa! Como pessoa. Não tem que ser uma coisa estanque. Acho que tem que se ir conversando com a pessoa. Tem que se ir avaliando. Já sabe, não sabe... Já está pronta para ir para outra, não está. Acho que isso é o básico... e ouvir a própria pessoa... Nunca ninguém me ouviu! Nunca ninguém me perguntou... se eu achava que devia ir para outra... fazer outra coisa...

Entrevistadora – Eras comandada entre aspas... Agora fazes isto, agora fazes aquilo... Agora não fazes, volta para trás... Ai mas eu... Nada!

Entrevistada – Sim, eu não posso dizer nada... E acho que a pessoa que está em integração tem que ter uma palavra a dizer! É óbvio que não é uma palavra definitiva, mas tem que haver um diálogo.

Entrevistadora – Faz parte do processo de integração. O processo de integração é composto por duas pessoas.

Entrevistada – Exatamente.

Entrevistadora – E têm que ser ouvidas ambas as partes.

Entrevistada – Não acho que haja muito... Também devido às circunstâncias do serviço... também não ajudam...

Entrevistadora – Mas quem vem para cá não tem culpa. Conheces o manual de procedimentos existente no serviço? Sei que sim, pois acabaste de vir buscar um procedimento... (riso) para estudar para uma cirurgia. Costumas consultá-lo nestas circunstâncias como foi agora? Para fazer carros de circulante para o dia seguinte?

Entrevistada – Sim, ou então a cirurgia que vou ter e não estou tão à vontade, vou ver para me dar umas luzes, para não ir tão às cegas. E vou para tirar dúvidas, fiquei com uma dúvida numa cirurgia qualquer... lembrei-me: há como é que ele faz aquilo... porque é que faz aquilo... o que é que quer dizer mesmo isto... Então vou pesquisar para tirar essa dúvida.

Entrevistadora – E nos materiais utilizados também ajuda? O que é necessário para fazer os carros, material para...

Entrevistada – Sim, ainda agora ajudou...

Entrevistadora – Quais é que são as principais dificuldades que encontras em ter acesso aos procedimentos? Ou achas que funciona bem assim?

Entrevistada – Não. Acho que não há muitos procedimentos... Acho que nos procedimentos em si, não está focado exatamente aquilo que eles vão fazer na cirurgia, em muitos procedimentos.

Entrevistadora – Está feito pelos livros e no geral.

Entrevistada – Focado nos livros e no geral, exatamente! Eu sei que eu olho para aqui e leio... sim, mas eles nunca fazem isto... Não acho que isso seja o objetivo de um procedimento, tem que ser o mais adequado como o que se faz aqui. Então se a pessoa que fez isto sabe que eles usam canivete elétrico com o valor não sei quanto, então ponham!

Entrevistadora – Uma das queixas é que os procedimentos são feitos por livros... Em casa agarra-se, vai-se à internet, vai-se a um livro qualquer e copia-se o que lá está e não tem nada a ver com o que se faz cá. Às vezes nem a cirurgia se faz nem a cirurgia se faz não se faz assim.

Entrevistada – Exatamente. E isso acho que é uma grande dificuldade nos procedimentos. E acho mesmo. Agora também acho que pedir-me a mim para fazer um procedimento ou protocolo, também não seria o mais adequado, como já me pediram.

Entrevistadora – A não ser que consigas fazê-lo porque já tens muita experiência.

Entrevistada – Muita, muita experiência nessa cirurgia em questão, porque é assim, eu não sei a mesma coisa que a pessoa que está lá que é responsável de valência, que está lá todos os dias. É evidente que a pessoa que está lá todos os dias vai fazer aquilo sempre bem. E vai saber qual é o fio que aquele usa e o outro usa...

Entrevistadora – O que faz bem quem não está tão experiente fazer é que vai ter que pesquisar e vai de certeza ficar a saber tudo sobre aquilo. Porque via pesquisar, vai procurar saber. Ou não, não é... (riso), mas se correr tudo bem e se tudo for feito como deve de ser a pessoa vai pesquisar, vai falar se calhar com os médicos de cá, vai falar com a responsável de valência e no final a responsável irá ver se está correto se não está. Porque se fosse só para a responsável ela iria ter que fazer os procedimentos todos da valência.

Entrevistada – Mas será que a pessoa que a pessoa que está a fazer isso depois vai por as coisas de forma a ficarem tão claras e tão objetivas e tão práticas... percebes?

Entrevistadora – Isso é verdade, muitas vezes falam de várias coisas e o que é importante não está lá...

Entrevistada – Exatamente. Eu percebo isso da pesquisa e obrigar a pessoa a ir e a fazer...

Entrevistadora – Tem é sempre que ser visto pela responsável de valência.

Entrevistada – Tem que ser visto e acredito que depois a responsável corte muita coisa, mas se calhar não vai acrescentar aquilo que ela poria se ela fizesse de raiz. Portanto, não sei até que ponto, e eu já vi muitos procedimentos em que senti isto. Sim, isto está aqui, mas isto não diz nada.

Entrevistadora – Quando já conheces a cirurgia, sabes que não é assim que é feito.

Entrevistada – Precisamente! Eu alguns procedimentos chego aqui e digo “Ah, mas isto não é assim. Ah, pois está bem, se calhar era há 10 anos atrás...” Pois, mas não...

Entrevistadora – Achas que estão de fácil acesso? O dossier é fácil de consultar?

Entrevistada – Acho.

Entrevistadora – A queixa que tens de serem poucos procedimentos, já reparaste que tens muitas micas que estão vazias... outras que não têm os números seguidos...

Entrevistada – Ou desapareceram ou então não estão impressos ou não sei...

Entrevistadora – Sempre estiveram impressos todos e depois as pessoas veem, consultam e levam a mica para a sala ou levam... eu quero pensar que levam para a sala e que não volta, ou vai para o lixo ou não sei... Porque há muitos procedimentos que vamos pondo e eles vão desaparecendo e depois vamos pondo e voltam a desaparecer... Tens conhecimento que há os procedimentos na intranet?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – E costumas consultar?

Entrevistada – Não. Vou-te dizer, noutro dia uma colega que está de integração perguntou-me uma coisa e eu respondi-lhe “mas olha, tens aqui, na intranet...” e... não consegui lá chegar. Porque primeiro, não é de fácil acesso, é difícil lá chegar... E percebi ontem porque eu naquele dia não consegui perceber e essa foi uma das dúvidas que eu fui perguntar... sim, porque eu pergunto na mesma, não sei mas vou perguntar.

Entrevistadora – Porque te esforças e queres saber.

Entrevistada – Eu vou perguntar... Esforço-me e quero saber. Eu fui perguntar e disseram-me e eu ontem fui e encontrei. Encontrei da forma que me ensinaram. Mas, não acho que seja uma forma fácil de lá chegar e depois olhas para aquilo e pensas, mas isto é uma ninharia mediante aquilo que deveria estar...

Entrevistadora – Estou há um ano à espera que ponham os vinte e tal procedimentos que enviei...

Entrevistada – E depois lá está é bloco operatório, mas depois está coisas da oftalmologia, está coisas da UCA...

Entrevistadora – Agora já não...

Entrevistada – Está, está... ainda ontem eu vi.

Entrevistadora – Está por serviços...

Entrevistada – Está por serviço, mas englobaram provavelmente coisas de oftalmologia e coisas desse género. Portanto, estás a perceber... Não está de fácil acesso e tem muito, muito, muito (...) muito poucos!

Entrevistadora – Eu estou a fazer também estas questões porque uma das ideias é criar vídeos das cirurgias que são feitas cá. Ou seja, continua a haver os procedimentos em papel, continua a haver se calhar, essa parte não sei... os procedimentos na intranet, mas continua a haver o dossier com os procedimentos e serem criados vídeos pequenos muito específicos, muito concretos, em que se aborda um bocadinho a parte da anatomia, de forma muito breve, anatomofisiologia, o material necessário para aquela cirurgia, material de cá ou se for necessário material de fora, os posicionamentos não só do doente, posicionamento também da mesa da instrumentista no espaço físico da sala, várias coisas com imagens específicas, imagens chave da cirurgia em plena sala operatória. Cá, tudo feito no BOC. Achas que ia ser benéfico? Ia ajudar, não ia? Que tivéssemos acesso também na intranet e de preferência que desse para tirar os vídeos e ver por exemplo em casa, para não ter que estar durante a cirurgia ou a correr na sala de enfermagem...

Entrevistada – Acho que sim. Acho que sim, numa época de informática, não faz sentido que haja papel e papel e papel...

Entrevistadora – Poderia haver o que aí está, os que estão feitos.

Entrevistada – Acho que sim, mas devia ter um acesso mais fácil.

Entrevistadora – Achas que o vídeo ia ajudar?

Entrevistada – Sim, sem dúvida.

Entrevistadora – Desejas acrescentar mais alguma coisa? Achas que está tudo dito?

Entrevistada – Acho que em relação à integração muita coisa tem que ser feita, muita coisa. Para já daquilo que eu já fui e depois não só, que era o que eu estava a falar à bocado. Acho que não dão oportunidade a uma pessoa que quer mais, a uma pessoa que quer aprender mais, como eu. Eu não gosto de cruzar os braços, eu não gosto de estar sempre a fazer a mesma coisa, estar parada e não aprender outra coisa. E não só. Ver que eu preciso disso quando estou por exemplo no roulement e não me deixam. Se calhar há muita gente que não está motivada e...

Entrevistadora – ...não consegue avançar da forma que quer...

Entrevistada – Exatamente. Mas eu estou!

Entrevistadora – Há pessoas que se calhar não querem e vão...

Entrevistada – E vão, são obrigadas a ir. Mas porquê? Acho que na integração também isso tem que se ter em conta o facto da pessoa querer aprender. Eu se calhar aprendi se calhar mais rápido as valências em que estive porque eu também procuro fazê-lo. Eu chego a casa e vou estudar, porque eu quero, porque eu gosto de aprender. Eu gosto de estar, eu gosto de fazer bem, eu gosto, eu quero. E agora, vejo-me numa altura em que quero passar à frente, preciso de passar à frente e sou barrada, não me deixam. Pelas circunstâncias do serviço, que eu compreendo, mas também o serviço tem que entender que eu também preciso disso. De hoje para amanhã o serviço não me pode exigir que eu fique a circular sozinha na valência Z.

Entrevistadora – Claro, se ainda não tens integração, se não conseguiste ainda avançar.

Entrevistada – Embora, se me perguntares se eu sou capaz, provavelmente sou capaz, eu já circulei várias cirurgias na valência Z, inclusive eu já instrumentei.

Entrevistadora – Cá na urgência?

Entrevistada – Aqui não.

Entrevistadora – Cá seria mais conhecer o sítio das coisas, por exemplo?

Entrevistada – Sim, mas mais coisas, mais do que isso, sinto que preciso de aprender mais em relação a algumas cirurgias, especificamente algumas cirurgias.

Entrevistadora – Sim e conhecer as equipas, conhecer os médicos, sentires-te à vontade.

Entrevistada – Sim, e mesmo o procedimento em si, o cirúrgico mesmo, também preciso de um bocado disso. Mas acho que falta muito isso, falta muito ouvir a pessoa que está há dois anos e perceber que essa pessoa afinal até tem vontade de aprender muito e fazer muita coisa que e se calhar até pensa que um dia pode vir a fazer parte da equipa de roulement e não pode. Porque uma pessoa não pode ir com integração em duas valências, não é? Nem faz sentido. E não só... se eu sou obrigada a fazer roulement, eu deveria estar à vontade.

Entrevistadora – Pois não deveria ser imposto. Se não estás integrada na maioria das valências...

Entrevistada – Sim, e no roulement deveria estar integrada nas especialidades que se fazem mais habitualmente, e não só. E vejo que as pessoas que têm papéis e que têm que ficar de manhã todos os dias tem essa oportunidade e eu que faço aqueles horários que ninguém faz, que ninguém quer fazer, não é? Que é um grupo restrito de pessoas, é passado à frente, foi no fundo o que a pessoa que me disse. Porque tu não estás aqui todos os dias de manhã e porque tu fazes o horário que ninguém quer, estás a perceber?

Entrevistadora – Pois... e tu não tens a culpa disso, tu nunca o pediste... Não podes ser castigada entre aspas por uma coisa que não pediste...

Entrevistada – Mas estou a ser... estou a ser...

Entrevistadora – Pois... além de seres castigada com o horário ainda és castigada, castigada entre aspas...

Entrevistada – No fundo é aquilo que a pessoa me quis dizer... E isso estaria tudo muito bem se eu não tivesse vontade. Mas eu tenho vontade de aprender. Agora assim, tenho que cruzar os braços mais durante 2 anos, se calhar, à espera que o serviço me dê essa oportunidade. Agora, eu também te digo uma coisa, quando a chefe me vier pedir estas coisinhas (fazer procedimentos) eu se calhar vou-lhe dizer “então não acha que o serviço também tem que me dar alguma coisa?”. Porque é assim eu já faço os turnos que ninguém quer. Já venho trabalhar nos mesmos sítios, eu tenho vontade de fazer uma coisa e o serviço não me dá isso e agora você vem me pedir para fazer estes protocolos? Com que direito é que me está a pedir uma coisa dessas? No meu tempo extra? Que nem sequer é no meu tempo de trabalho? Santa paciência, não é? Mas se calhar é isso que vão fazer. Acho que na integração falta ouvir a pessoa que está a ser integrada

Entrevistadora – Isso é muito importante. Se é um processo a dois não se pode ouvir só de um lado. Ou se calhar não se ouvir lado nenhum que ainda é pior.

Entrevistada – E depois outra coisa. A chefe ainda não me ouviu. Não ouviu provavelmente a equipa toda. Mas acho que já era tempo para isso.

Entrevistadora – De inteirar-se...

Entrevistada – Exatamente, de inteirar-se destas coisas. E eu sinto falta de dizer isto, porque eu tenho vontade de mais.

Entrevistadora – Porque a chefe não sabe, não te conhece o suficiente para saber se tu queres avançar, se tu queres... se precisas de ajuda ainda nas valências...

Entrevistada – Mas não sabe porquê? Porque ainda não teve este momento de conversa. Não estou a dizer que vai ser para ela mudar de um dia para o outro...

Entrevistadora – Mas vai de certeza mudar qualquer coisa...

Entrevistada – Mas pelo menos vai ficar a saber o que é que se passa, vai começar a conhecer a pessoa. Ela quer, não quer... O que é que ela anda aqui a fazer? Vem só ganhar os 1000 euritos ao fim do mês? Chega-lhe isto? Quer ou não quer mais? Mais do que isso. Eu preciso de mais alguém que saiba fazer alguma coisa? E acho que este momento também era importante. Não só para o trabalho de Mestrado...

Entrevistadora – Mas isto depois é tudo passado tudo para cá. Não vou dizer que a chefe vai ficar a saber as pessoas, isso não ficará nunca. Não sei se irá ler as entrevistas, mas os objetivos deste trabalho de Mestrado, não é só eu ter o trabalho de Mestrado, é alterar coisas no serviço, senão não estava a fazer em relação aqui. Fazia sobre outra coisa qualquer. Na área da formação e da educação há mil coisas... Eu escolhi este porque achei que era um ponto muito negativo e que vejo que está a ser mal feito, porque também está a ser mal gerido da parte da chefia. Quem está a ser integrado, e que é o ponto mais importante para mim é quem está a ser integrado, depois quem está a integrar, mas principalmente quem está a ser integrado senão vai crescer torto e nunca irá fazer boas integrações.

Entrevistada – Exatamente.

Entrevistadora – E o futuro vai ser sempre mau.

Entrevistada – Exatamente, e por isso é que eu te estava a dizer que acho que a chefe deve ter esta conversa. Não é... está a ser uma má gestão da chefia, ok...

Entrevistadora – Também ainda não teve tempo... mas isto não é uma coisa de agora.

Entrevistada – Acho que a chefe também tem que ter o tempo para se ambientar a isto. Não estou a dizer “Ai ela já devia ter tido esta conversa com toda a gente”... não. Mas acho que ainda por cima ela é uma pessoa com vontade de fazer alguma coisa.

Entrevistadora – A chefe já quis mudar os planos de integração e eu disse que como estava a fazer este trabalho eu o faria.

Entrevistada – A nossa atual chefe?

Entrevistadora – A nossa atual chefe. Por causa da acreditação. Ela queria remodelar essa parte.

Entrevistada – Mas lá está, a nossa atual chefe tem vontade de fazer alguma coisa pelas pessoas que estão em integração, porque realmente se não fizer agora, as pessoas vão aprender mal e no futuro vão ensinar mal.

Entrevistadora – Acho que é importante mudar pelo futuro. Se as pessoas estão a ser integradas mal, vão fazer exatamente a mesma coisa... que é o que se houve nos internos “Eu sofri tanto quando era interno, agora quando for especialista vou fazer igual ou pior...”. E isto há-de andar sempre mal...

Entrevistada – Por isso mesmo é que eu acho que esta conversa com as pessoas que estão a ser integradas é fundamental. Agora as soluções não são imediatas nem são fáceis.

Entrevistadora – Com a falta de gente não é fácil...

Entrevistada – Eu sei perfeitamente disso.

Entrevistadora – Não se pode estar a quebrar a integração por falta de gente.

Entrevistada – Pois não, mas eu já nem estava a falar disso. Estava a falar... eu sei que as soluções daqui para a frente não são fáceis e a chefe vai ter dificuldade em pô-las em prática e nem eu quero uma solução de um dia para o outro, imediata. Não é isso. Mas este assunto deve ser pensado...

Entrevistadora – Existe o problema...

Existe este problema, exatamente, e não é o facto de “Pronto, aquela já está integrada naquelas duas especialidades, pronto já pode ficar lá...”

Entrevistadora – Muito obrigada pelo teu depoimento, vai-me ser muito útil!

Entrevistada – De nada...

Entrevista 8

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela tua disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do hospital de Egas Moniz. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Realço que todas as informações aqui recolhidas são de carácter confidencial, não será nunca atribuído o teu nome e a entrevista não será associada a ti. Autorizas a gravação?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Caso aches necessário, eu depois vou disponibilizar a entrevista toda transcrita para papel para que possas ler e dizer se era ou não o que querias dizer ou se não queres que determinada parte apareça. Tens alguma questão que queiras colocar antes de começarmos?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Então vamos. Para tentar perceber o percurso profissional, vou-te colocar umas quantas questões de forma a perceber o tempo que tens de experiência em bloco e sem ser em bloco. Qual é o teu tempo de exercício profissional?

Entrevistada – 12 anos.

Entrevistadora – Qual o tempo de exercício profissional em bloco operatório?

Entrevistada – 2 anos.

Entrevistadora – Então trabalhaste 10 em enfermaria e 2 em bloco.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Tinhas experiência prévia de desempenho de funções em bloco operatório?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Falando agora já no grande grupo da integração em bloco operatório, procurando conhecer a integração que tiveste aqui neste bloco operatório, como é que decorreu o teu período de integração no bloco, que dificuldades é que sentiste ou que sentes porque ainda estás no considerado período de integração, como é que tentaste ultrapassar essas dificuldades. Eu vou-te colocando questões para não te perderes.

Entrevistada – Dificuldades sentidas? No início?

Entrevistadora – Essencialmente no início, mas ainda agora se calhar ainda sentes, como estás a mudar de valência...

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Como é que consegues ir ultrapassando essas dificuldades que sentes?

Entrevistada – Ultrapassando com a ajuda dos colegas e com algum estudo em casa quando é possível. Dificuldades... o material é diferente de valência para valência, as pessoas também são diferentes, às vezes as relações pessoais também são mais complicadas ou não.

Entrevistadora – Dependendo do trabalho em si, da valência e também da parte humana e relacional.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Ok. Quanto tempo é que tiveste no teu período de integração na primeira fase que a AESOP preconiza como sendo a fase de acolhimento e observação. Aquele período em que chegas ao serviço, é-te apresentada a equipa, o espaço físico, as pessoas.

Entrevistada – Tive um mês e para aí 15 dias no recobro.

Entrevistadora – Só?

Entrevistada – Só.

Entrevistadora – Começaste pelo recobro?

Entrevistada – Comecei pelo recobro e depois estive 3 meses sensivelmente, acho que não passou muito daí na valência X.

Entrevistadora – Mas estiveste algum dia em que não estiveste a fazer nenhuma função? O dia em que chegaste, foste logo para o recobro? Começaste logo a integração no recobro? Não tiveste nenhum dia em que te estiveste a aperceber do espaço físico?

Entrevistada – Não. Foi-me apresentado o espaço, fui a cada sala e apresentaram-me em cada sala, em cada valência, às equipas. E apresentaram-me o recobro também, apresentaram-me o espaço, disseram-me mais ou menos o que é que era.

Entrevistadora – Só o bloco operatório, não foste por exemplo à esterilização?

Entrevistada – Já fui à esterilização, mas foi depois na valência X, com a enfermeira A. Fui com ela conhecer o espaço e ver como é que eram os circuitos.

Entrevistadora – E achaste interessante?

Entrevistada – Achei.

Entrevistadora – Essa é uma das partes importantes, que nós já fizemos, mas que deixámos de fazer. É começarmos novamente a fazer, mostrar por exemplo o circuito até à esterilização, para percebermos o circuito que fazem depois os ferros cirúrgicos e outros materiais.

Entrevistada – Até para conheceres também as pessoas de lá, que também te facilita depois o estar a falar e a pedir coisas. Eu acho que foi bastante vantajoso ir lá.

Entrevistadora – E fizeste integração, como já trabalhavas no hospital não fizeste aquele curso de integração?

Entrevistada – Não. Já tinha feito no início da enfermaria.

Entrevistadora – Então acabaste por não ter nenhum dia sequer de acolhimento e observação?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Chegaste, foi o momento da apresentação e depois foste para o recobro?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Quanto tempo de duração é que teve o teu período de integração na segunda fase que a AESOP, estabelece como sendo sala operatória, há blocos operatórios que têm o recobro exterior ao bloco. Mas em relação ao recobro, estiveste quanto tempo de recobro?

Entrevistada – Um mês e 15 dias, se calhar nem chegou... um mês e uma semana mais ou menos.

Entrevistadora – Foste para lá e tiveste acompanhada. Ao fim de quanto tempo é que começaste a ficar sozinha? Lembras-te?

Entrevistada – Está-se sempre acompanhada porque está lá sempre a uma enfermeira “perita” que está sempre alerta. Mas se calhar 15 dias e comecei a ficar...

Entrevistadora – Com doentes?

Entrevistada – Sim. Desde logo que ficamos com doentes, mas a outra enfermeira está sempre a supervisionar o trabalho e não sei quê, mas sozinha se calhar 15 dias sim. Com a ajuda dela também, mas já ficava.

Entrevistadora – Com mais autonomia ao fim de 15 dias já estavas a fazer essa parte?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Depois estiveste mais um mês?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Achas que chegou, achas que era melhor haver mais?

Entrevistada – Acho que era melhor haver mais, porque há muitas coisas que eu se calhar não tive oportunidade de estar com doentes com diferentes... outros tipos de cirurgia. Acabou por haver coisas que eu não vi.

Entrevistadora – A tua experiência fora daqui era só de contacto com doentes da valência Y?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Mais nenhum outro internamento?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Então a experiência que aqui terias seria de doentes da valência Y. Todas as outras valências e tipos de doentes já não apanhavas desde o curso?

Entrevistada – Sim. A valência A, B, não.

Entrevistadora – Exato. Então seria benéfico mais algum tempo? Mais ou menos quanto tempo?

Entrevistada – Mais um mês.

Entrevistadora – Pelo menos. Dois meses e meio a três?

Entrevistada – Dois meses e meio a três. Mesmo vindo da enfermaria. Eu acho que dava para consolidar os conhecimentos que adquiriste e mais alguns conhecimentos para apanhares e para teres mais traquejo para fazer as coisas.

Entrevistadora – Porque por exemplo a AESOP estabelece que quem vem diretamente da escola para o bloco operatório, sem experiência nenhuma de trabalho, deverá ficar um ano e meio de integração, quem vem de um internamento para bloco operatório, sem experiência de bloco, mas com outro tipo de experiência, um ano de integração numa valência...

Entrevistada – (Riso) Estou nuns *timings* muito longe disso...

Entrevistadora – E quem vem para bloco operatório com experiência de bloco, de outro serviço fora da instituição, 6 meses de integração. O recobro não funciona como uma valência cirúrgica, mas acaba por ser se calhar metade. Tu estiveste um mês, foi 1/6 do que deveria ter sido, ou menos ainda porque não tinhas experiência de bloco, mas como tinhas de enfermaria, funciona como experiência prévia em relação ao recobro.

Entrevistada – Sim, o recobro ainda é a única coisa que é mais parecido com uma enfermaria.

Entrevistadora – Exato, mas um mês e meio fica muito aquém do tempo que achas necessário para a integração. Pelo menos uns três mesinhos?

Entrevistada – Eu acho que sim. Acho que 3 mesinhos era bom. Até para veres a dinâmica toda do recobro porque é difícil.

Entrevistadora – Na altura quando começaste a trabalhar estava cá muita gente de integração ao mesmo tempo? Entrou muita gente contigo?

Entrevistada – Entrou mais uma enfermeira.

Entrevistadora – Só mais uma?

Entrevistada – Só e a outra enfermeira já tinha estado há um mês atrás.

Entrevistadora – Porque às vezes também há esta ressalva. Haver muitas enfermeiras em integração ao mesmo tempo, que é difícil.

Entrevistada – A enfermeira A já estava integrada, eu comecei a integração e fomos rodando. Ela ficou lá comigo, mas já tinha mais autonomia.

Entrevistadora – Depois, já na sala operatória, quanto tempo é que estiveste de apoio à anestesia?

Entrevistada – Estive basicamente um mês, se calhar... não sei bem.

Entrevistadora – Aí não tinhas experiência nenhuma prévia?

Entrevistada – Aí não tinha experiência nenhuma!

Entrevistadora – Um mês. Quanto tempo acompanhada e ao fim de quanto tempo é que ficaste sozinha? Mais ou menos.

Entrevistada – Não sei precisar mas se calhar duas ou três semanas acompanhada e depois sozinha.

Entrevistadora – E depois passaste para a circulação?

Entrevistada – Depois passei, ou seja, fiquei pouco tempo sozinha e passei logo para a circulação. O que eu achei mau, porque uma coisa é estares com uma colega e ela ajudar-te no que falta, outra coisa é estares tu sozinha e teres que fazer tudo. E depois quando estás a começar a ganhar mais destreza e outra visão, passas à seguinte.

Entrevistadora – Outra dúvida antes de continuar. Quando começaste a integração na valência cirúrgica, chegaram à sala e disseram: “Esta é a enfermeira X, vai ficar acompanhada pela enfermeira Y”.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Sabias quem era a tua integradora?

Entrevistada – Sabia. Na valência X sabia e na outra também. Mais ou menos são os responsáveis de valência.

Entrevistadora – Sim. Quanto tempo de duração é que depois tiveste na terceira fase, que é a de enfermeira circulante?

Entrevistada – Estive pouquíssimo tempo. Onde estive mais foi a instrumentar. Por isso, às vezes quando depois calhou voltar à valência e ficar a circular, era-me bastante difícil. Uma coisa é colocarem-te as coisas na mesa e usá-las e outra coisa é saber o que é que é necessário para a cirurgia e onde é que está esse material para a cirurgia.

Entrevistadora – Em bloco costuma dizer-se que “Uma boa circulante faz uma cirurgia”. Mesmo que a instrumentista não saiba nada, se a circulante lhe meter tudo na mesa, dificilmente não sabe que é para dar.

Entrevistada – Claro, se te pedirem está ali, tu montas e não é assim tão difícil, o problema é saber, antecipar os passos e saber os passos da cirurgia para o poderes fazer, não é?

Entrevistadora – Estares a instrumentar e teres alguém de fora a circular para ti que não percebe nada, aí é que nós percebemos o quanto é importante ter uma boa circulante.

Entrevistada – Sim, sim.

Entrevistadora – Então, de circulação achas que estiveste pouco tempo, mais ou menos quanto tempo?

Entrevistada – Duas semanas, se calhar até foi menos.

Entrevistadora – Acompanhada?

Entrevistada – Acompanhada. Nunca estive sozinha, só estive sozinha a circular posteriormente, depois de ter estado na valência Y. Já estava na outra valência quando depois comecei a voltar e a ficar sozinha. Aí depois sim, na anestesia ou na circulação ou a instrumentar.

Entrevistadora – A circulação acaba por andar “de mãos dadas” com a instrumentação e quando tu estás a circular e surge uma cirurgia talvez um pouco mais simples e lançam-te logo para a instrumentação. Então as vezes que devias estar a circular, se calhar estiveste mais a instrumentar.

Entrevistada – É isso, sim.

Entrevistadora – Quanto tempo é que estiveste na fase de instrumentação? Na quarta fase?

Entrevistada – Um mês também. Um mês e meio se calhar...

Entrevistadora – (Um mês e meio, dois, três meses...)Três meses na primeira integração na 1ª valência.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Sem experiência de bloco.

Entrevistada – Sim, sem experiência de bloco. Quando as coisas começam a fazer sentido e estás a começar a perceber alguma coisa das cirurgias e do material, saltas, vais para outra valência e é tudo de novo. Ou seja, não ficas com os conhecimentos bem adquiridos porque não ficam consolidados. Mesmo que estudes em casa, nem sempre consegues porque não praticas. O que eu acho que falta é mesmo a prática.

Entrevistadora – Então as principais dificuldades foram em termos de tempo para conseguir consolidar o que aprendeste.

Entrevistada – Sim. E também porque não consegues apanhar todas as cirurgias. Eu lembro-me que na altura apanhei muitas cirurgias X e não apanhei cirurgias Y. E houve uma altura em que eu fiquei sozinha, eu detestava instrumentar cirurgias Y por causa disso. Porque não sabia, não percebia. Agora já fui lá mais vezes, já consigo fazê-lo melhor, mas se calhar mesmo assim, entre uma cirurgia X e uma Y, estou mais à vontade com a cirurgia X, sem dúvida porque fiz muitos. Por isso é que eu acho que é importante às vezes as integrações demorarem mais tempo, também para se apanhar mais cirurgias, cirurgias diferentes para saberes.

Entrevistadora – Como é que achas que correria melhor, o que que se poderia fazer para alterar? Ficar mais tempo na valência.

Entrevistada – Sim e ficar mais tempo acompanhada.

Entrevistadora – Ficaste sempre com a mesma pessoa?

Entrevistada – Não

Entrevistadora – Tiveste a sorte de apanhar muitas vezes a tua integradora, quem te ficou atribuída?

Entrevistada – Nessa altura por acaso não.

Entrevistadora – Era alguém que fazia manhãs e tardes?

Entrevistada – Sim, apanhei roulement dos responsáveis da valência e aí sim é um bocadinho mais difícil.

Entrevistadora – Quem ficava contigo sabia ou não em que ponto é que estavas? Dava continuidade ao trabalho?

Entrevistada – Não sabia bem em que ponto é que estava. E às vezes acham que tu estás mais à frente ou mais atrás. Na realidade não sabem porque também não estão contigo, eu acho que isso é normal, não é?

Entrevistadora – Claro. E podem até não estar despertos para muita coisa porque como não são nomeados integradores... estão ali, ajudam se for preciso, mas não estão ali numa atitude de integrar ninguém.

Entrevistada – E deixam esse papel para quando vierem os outros, os integradores, para os responsáveis na altura.

Entrevistadora – Achas que era benéfico na primeira valência pelo menos ou nas primeiras valências, durante esse tempo, as pessoas só fazerem manhãs?

Entrevistada – Acho. Eu acho que ficar sempre com a mesma pessoa, ajuda imenso, porque ela sabe o que é que já te explicou, o que é que precisa de explicar e a continuidade dos cuidados que tens que ter.

Entrevistadora – Por exemplo poderiam fazer “Intermédios”? Porque então se pode estar muito tempo a sobrecarregar o restante grupo sem fazer determinados turnos. Mas por exemplo os “Intermédios” como apanha a parte da manhã toda e depois até às 20h, isso concordas que se faça, por exemplo tardes é que talvez não porque quebra as integrações.

Entrevistada – Sim, quebra um bocado. Ou então tentar que esteja sempre um dos responsáveis da valência para não estar a limitar também as pessoas

Entrevistadora – Ou o próprio elemento que está em integração não fazer tardes também. Tu que estavas de integração, não fazeres tardes, só manhãs.

Entrevistada – Sim, ou então fazer o horário com essa pessoa. Isso seria ideal. O horário com alguém adequado a essa pessoa acho que seria o melhor. Mesmo que fosse um “Intermédio”, pronto a pessoa fazia um “Intermédio”, mas estavas todo o dia com aquela pessoa e fazias tudo. Eu acho que isso ia ajudar bastante.

Entrevistadora – Relativamente agora ao plano de integração para enfermeiros no bloco operatório central, pretendendo conhecer o que é que sabes sobre o plano de integração, pergunto se te deram a conhecer os planos de integração das valências e do recobro por onde passaste?

Entrevistada – Não. Deram-me do recobro.

Entrevistadora – Das outras duas valências não?

Entrevistada – Eu acho que na valência Y, passado bastante tempo de lá estar mandou-me qualquer coisa para o email, que nunca fizemos. (Riso)

Entrevistadora – Nem sequer foi no início?

Entrevistada – Não. Foi bastante tempo depois de lá estar.

Entrevistadora – E do recobro? Deram-te a ver só? Preencheste a folha de avaliação?

Entrevistada – Deram-me a mim as folhas, mas nunca se chegou a preencher.

Entrevistadora – Alguma vez fizeste reuniões periódicas?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Não foram feitas reuniões periódicas contigo, com a chefe e com a responsável da valência (a tua integradora)?

Entrevistada – Nunca fiz nenhuma.

Entrevistadora – Consideras que tinha sido importante ou não?

Entrevistada – Considero importante, até para saberes o que é que as pessoas acham do teu trabalho, porque têm mais experiência do que tu e podes achar que estás bem e não estás bem, podes achar que estás mal e se calhar até estás bem. Se calhar isso ajudava-te a darem-te achegas ou dicas.

Entrevistadora – Como é que tu sabes se o que estás a fazer está bem feito? Sabes pelo *feedback* da integradora.

Entrevistada – Essa foi uma dúvida que se me colocava bastantes vezes...

Entrevistadora – Qualquer aprendizagem tem que ter um momento de avaliação, até para o próprio perceber se está a fazer bem, se está a fazer mal...

Entrevistada – É isso. Tu podes achar que estás a fazer bem e realmente se calhar não estás.

Entrevistadora – E não mudas.

Entrevistada – Apesar de até elas às vezes dizerem na hora, não é? E na hora acho que sim, que deve ser dito, mas mesmo assim, deves ter depois um *feedback* global, de tudo.

Entrevistadora – Então achas que deveriam ser feitas essas reuniões intercalares quando? Quando se passa nas diversas áreas dentro da valência, ou seja, da anestesia para circular, ...

Entrevistada – Eu acho que fazia sentido nas diversas áreas dentro da valência. Acabas anestesia ou passava o período de integração e fazias uma reunião, nem que fosse mais informal, mas alguma coisa.

Entrevistadora – E quando passaste por exemplo de circular para instrumentar, ou de anestesia para circular, foi-te perguntado a ti e à integradora se já estavas preparada para avançar? Ou foram só informadas que ias avançar?

Entrevistada – A mim não me perguntaram nada, nunca.

Entrevistadora – Nem te informaram?

Entrevistada – Nem me informaram, vi que estava lá.

Entrevistadora – São tudo coisas que se devem alterar.

Entrevistada – Sim, acho que sim. Tu vais ao plano e vês amanhã afinal estou a circular. Já não estou de anestesia, mas ninguém te perguntou se realmente já te sentias à vontade para. Claro que às vezes, na parte da instrumentação, se calhar por nosso medo, nós referimos isso, que nunca fizemos aquela cirurgia, se calhar dizemos, mas na parte da anestesia e se calhar a circular vais-te desenrascando e não dizes.

Entrevistadora – Nunca tiveste nenhuma reunião com a chefe.

Entrevistada – Nunca tive. Só tive a reunião de objetivos.

Entrevistadora – Com a integradora e com a chefe, não.

Entrevistada – Não. Só tive uma reunião desde que estou aqui, com a chefe sobre os objetivos. Não tem nada a ver com a avaliação. Nunca tive mais reunião nenhuma.

Entrevistadora – Achas que é importante a existência destes planos de integração nas várias valências e no recobro?

Entrevistada – Acho que sim. Que é muito importante.

Entrevistadora – Achas que eles podem ajudar os novos elementos nas integrações, de que forma?

Entrevistada – Até para tu veres o que é que ainda te pode faltar, ou o que é que já tens ou o que é que não tens, até mesmo para teres uma noção dos conhecimentos que tens e que deves adquirir. Que deves ter, não é?

Entrevistadora – Há duas componentes chaves nesses planos de integração, que são os objetivos que as pessoas têm que atingir para passar para a fase seguinte e é o tempo. Há uns que estão muito balizados pelo tempo, ou seja, que são as tais integrações “daqui a um mês avança para a circulação”, “daqui a um mês avança para a instrumentação”.

Entrevistada – Eu acho que esse *timing* não está bem.

Entrevistadora – Não devem estar tão balizados.

Entrevistada – Devem ser adequados à pessoa.

Entrevistadora – Por objetivos?

Entrevistada – Sim, por objetivos.

Entrevistadora – Por objetivos atingidos e não por tempos.

Entrevistada – Deve ser por objetivos adquiridos até porque eu posso adquirir mais rápido ou mais de vagar do que um colega meu. E acho que sim, não é por *timings*... Cada um tem o seu *timing*. Eu acho que é errado e aconteceu isso comigo foi o timing proposto. São 3 meses e eu estive 3 meses na valência nem mais um bocadinho. E não atingi os objetivos. Não tive acesso ao plano de integração, mas para mim, daquilo que eu sabia, os objetivos não estavam cumpridos. Saí com a sensação de faltar ainda muita coisa. Estava tudo muito... ainda não estava consolidado, estava tudo muito vago.

Entrevistadora – Além de não teres apanhado se calhar as cirurgias todas, mas isso por vezes não é fácil, mas sentes que precisavas depois do que aprendeste de conseguir cimentar esses conhecimentos.

Entrevistada – Completamente. Na valência Y nem tanto porque estive mais tempo e isso ajudou-me.

Entrevistadora – Essa foi a 2ª valência?

Entrevistada – Sim. E isso eu consigo comparar e vi que não estava errada na 1ª, saí de lá aquém. E eu depois fui lá outra vez parar e realmente vi que estava aquém. Muitas vezes não conseguia dar resposta imediata que era pretendida.

Entrevistadora – Na 2ª valência ficaste quanto tempo no total, mais ou menos?

Entrevistada – Sei lá... mas fiquei bastante tempo. Sei lá uns 7 meses, não tenho bem noção, porque depois andei um bocado a saltar entre a valência X e a valência Y, mas sei lá... seis, sete meses.

Entrevistadora – E sentes que deveria ter sido na 1ª valência assim?

Entrevistada – Deveria ter sido na 1ª valência sim. Até porque em bloco o que eu acho que faz mais sentido começar... isto se calhar também é uma utopia o que eu estou a dizer, mas começar por coisas mais... por exemplo começar na cirurgia geral faz mais sentido do que começar em qualquer outra valência mais específica... Há valências mais específicas que pouco ou nada têm de cirurgia aberta e na valência onde comecei a que tinha eu não a ia fazer. Acho que se calhar era melhor começarmos por outro tipo de valência mais geral.

Entrevistadora – Então, começar pelo recobro?

Entrevistada – Recobro sim, faz sentido para conheceres a equipa e conhecer as diferentes cirurgias que se fazem cá, mas depois se calhar ir para coisas mais gerais, não tão específicas como a valência em que comecei. Pode ser geral ou outra valência, mas que seja mais abrangente. Para além da geral a maioria são muito específicas.

Entrevistadora – Sim, são todas muito mais específicas.

Entrevistada – Clara que depois se calhar também não é fácil, pôr as pessoas todas a começar nessas valências, isso eu acredito.

Entrevistadora – Mas dá-nos as bases da instrumentação, dá-nos as bases dos instrumentais...

Entrevistada – A valência Y deu-me muito mais bases, principalmente na instrumentação e mesmo até a nível da anestesia. Tem tipos de anestesia muito diferentes em relação à valência X. Depois a anestesista também é sempre a mesma, o que acaba por te limitar a fazer sempre o mesmo tipo de anestesia. A valência Y já tem outros tipos de anestesia. As loco regionais, no início fiquei assim um bocadinho... Acho que se devia começar por coisas mais gerais, não tão específicas e ir afunilando. Acho que é melhor começar mais largo e ir afunilando do que o contrário.

Entrevistadora – Exato, porque depois quando abrem o leque já estás integrada em duas valências, já não tens os apoios que tinhas, não estarás acompanhada e não percebes nada na mesma.

Entrevistada – É um bocado isso. E isto sou eu que não percebo nada de bloco ainda... (Riso)

Entrevistadora – É a tua opinião que me interessa. Sugestões quanto à forma de melhorar os diferentes planos de integração? Eu estou a perguntar isto essencialmente porque nós temos para cada valência um plano de integração e temos mais um para o recobro, mas se formos a ver, tu não conheces nenhum dos planos ou conheces mal um deles, mas se fores a ver os planos de integração são praticamente iguais em todas as valências, muda ali uma coisita ou outra. Não faria mais sentido haver um plano de integração para o recobro, que esse sim não tem nada a ver com bloco e um para bloco onde no final ficassem as especificidades de cada valência.

Entrevistada – Sim, faz-me mais sentido.

Entrevistadora – Porque imagina que tu fazes 3 integrações num ano, vais estar 3 vezes a ler a mesma coisa? Não. Nem sequer vais ler, vais passar à frente.

Entrevistada – Eu acho que sim, fazia-se um mais geral com as diversas especificidades de cada valência.

Entrevistadora – Sim, e um para recobro. Que é uma das propostas que eu tenho para alteração.

Entrevistada – Sim, faz-me sentido e se calhar é mais prático para todos. E para o fazeres. Para ser posto em prática ou depois ninguém usa que é o que acontece.

Entrevistadora – Que importância é que atribuis ao manual de procedimentos existente no serviço? Sabes que temos um manual de procedimentos?

Entrevistada – Sim, sim. Já o consultei algumas vezes?

Entrevistadora – Achas que é importante? Vale a pena existir?

Entrevistada – Sim. É importante existir, desde que esteja atualizado. Na valência X senti alguma dificuldade, não sei como é que está agora, mas faltava muita coisa. Agora na valência Y ainda cheguei a fazer 2 procedimentos, isso também ajuda. Pelo menos eu acho que é. bom fazermos procedimentos aqui. Apesar de eu na enfermaria estar farta disso, mas realmente aqui faz-me sentido porque pronto lá está, é uma aprendizagem e na aprendizagem isso faz sentido. Se tu fizeres

o procedimento acabas por estar a estudar e a aprender a técnica que se faz. E muitas vezes ajuda, tens dúvidas, não sabes como é que se faz, não sabes o material todo, vais ao procedimento e acho que ajuda bastante. Pelo menos a mim ajudou-me porque o consulto algumas vezes.

Entrevistadora – Quando é que costumas consultá-lo? Em que circunstâncias?

Entrevistada – Antes das cirurgias. Tento ir na véspera, mas se não conseguir de manhã antes de iniciar...

Entrevistadora – Mais para conhecer o material que tens que utilizar para fazer o carro, ou mais para ver a técnica cirúrgica?

Entrevistada – Sim, mais para fazer o carro e para a técnica, as duas coisas. Apesar de alguns na técnica não estarem muito específicos.

Entrevistadora – Pois isso é muito importante. As coisas deviam seguir sempre o mesmo molde para ficar tudo uniformizado.

Entrevistada – Agora para ajudar a fazer o carro, ajuda muito, está lá sempre o material todo e isso ajuda bastante.

Entrevistadora – Principais dificuldades encontradas então é não estarem por vezes atualizados, alguns desaparecerem de lá...

Entrevistada – Eu acho que deviam estar dentro da sala de cada valência.

Entrevistadora – Ok, de cada valência na sala e depois haver os 3 gerais que já há cá fora na sala de enfermagem.

Entrevistada – Sim, porque a valência Y tem na sala e muitas vezes entre cirurgias estás na sala, pegas naquilo e é muito mais prático e vês o seguinte. É muito melhor do que ir ao vosso gabinete. E assim também de perde mais. Acho que se estiver ali na sala a pessoa pega, folheia vê e volta a pôr.

Entrevistadora – Sabes que também existem online? Que também estão disponíveis na intranet?

Entrevistada – Eu ouvi-te noutro dia dizer que estavas a introduzir qualquer coisa lá online, mas nunca pesquisei.

Entrevistadora – Eu envio para um enfermeiro de São Francisco que depois introduz, não com a velocidade que eu gostaria. Enviei em Dezembro vinte e tal procedimentos...

Entrevistada – Pois, foi isso que te ouvi dizer.

Entrevistadora – ... e ainda não estão na intranet.

Entrevistada – Foi isso que eu ouvi. Não consultei, não sabia e soube por mero acaso por ti.

Entrevistadora – Portanto, o que eu quero saber é se achas importante, se alguma vez consultaste o que está online?

Entrevistada – Não, nunca.

Entrevistadora – Porque há muita gente que não sabe que existe, outras pessoas que dizem que nem conseguem lá chegar, porque não está muito fácil de aceder.

Entrevistada – Pois eu não sei se é fácil ou não porque nunca consultei nem me dediquei a tal assunto. (Riso)

Entrevistadora – Há várias queixas, eu por exemplo queixo-me que os que peço para porem levam mais de um ano até estarem disponíveis. Quando ficam disponíveis está na altura de os alterar pois no mundo das cirurgias a mudança é muito rápida.

Entrevistada – Pois, avança rápido.

Entrevistadora – É só para perceber para tentar depois falar com a Enfª Diretor e arranjar uma forma de agilizar o processo. Outra das coisas que eu queria perguntar era o que é que achas sobre a existência de vídeos com resumos das principais cirurgias efetuadas por valência, em que se encontrassem disponíveis na intranet. Achas que iria facilitar, seriam vídeos bastante curtos, em que havia a apresentação da parte anatómica.

Entrevistada – Eu acho que isso ia ajudar imenso.

Entrevistadora – Depois a disposição na sala operatória, a localização da mesa da instrumentista, a forma de colocação da mesa operatória. Nas cirurgias em que há instrumental, como é que se faz ou nos tumores a forma de colocação das mesas. Com breves imagens que nos deem uma ideia.

Entrevistada – Eu acho que isso era o ideal, pelo menos para mim. Uma coisa resumida que seja prática, o posicionamento do doente...

Entrevistadora – Achas então que era importante existir?

Entrevistada – Eu acho que era muito importante. Até porque lá está, a valência X não tem posicionamentos muito diferentes, cheguei à valência Y e tem muito mais tipos de posicionamentos, o que dificulta e não consegues fazer logo todos os posicionamentos. Onde é que leva o rolo, onde é que não sei quê... Se calhar se visse, seria muito mais fácil. Muito mais fácil do que estar escrito. Tudo o que se vê, pelo menos para mim, é mais fácil de assimilar.

Entrevistadora – Assim mais coisas que me lembre não tenho muito mais a perguntar, não sei se queres colocar alguma questão, se queres acrescentar alguma coisa?

Entrevistada – O que é que eu quero acrescentar? O que é que eu desejaria? (Riso)

Entrevistadora – Exato! Para ti, como é que desejavas que fosse a tua integração, ou que tivesse sido?

Entrevistada – Gostava de estar mais tempo acompanhada, mesmo na própria instrumentação, acho que se entrarem uma vez connosco e a seguir entrar eu sozinha, é muito mau, passas por um stress que eu acho que é desnecessário, pões os cirurgiões em stress, que também é desnecessário, mas tu não consegues dar mais resposta.

Entrevistadora – Claro.

Entrevistada – Não sei ao certo quanto é que seria, quantas instrumentações tinhas que ter com essa pessoa na mesma cirurgia.

Entrevistadora – Depende também, por exemplo numa hérnia inguinal será menos que num aneurisma cerebral, por exemplo.

Entrevistada – Pois, se calhar sim, fazia sentido.

Entrevistadora – Uma hérnia se calhar à segunda ou à terceira já consegues, num aneurisma talvez não.

Entrevistada – Pois, mas acho que uma só como já me aconteceu na valência Y, uma e depois fiquei sozinha, numa cirurgia diferenciada, eu acho que é mau.

Entrevistadora – Até para os próprios cirurgiões...

Entrevistada – Eles próprios já ficam em stress, porque eles sabem que tu não tens muita prática. Pronto. Estar mais tempo acompanhado eu acho que que era bom. As responsáveis terem mais tempo para por vezes estar contigo, porque elas também não têm mais tempo e não conseguem mais. Se calhar às vezes, isso também era o ideal, e ajudarem-te mesmo, explicarem-te, irem ao arsenal, porque estão-te a explicar, explicam rápido porque a seguir têm cirurgia, têm que pôr as coisas... Se calhar um dia sozinha sem tu estares a fazer nada dentro da sala, com uma responsável de valência se calhar fazia sentido, não sei... Se calhar agora já tenho outra noção, na altura eu nem sabia o que é que fazia sentido ou não, porque estava tudo muito aquém. Sim, mas passa pelo tempo acompanhada e mais tempo para teres uma boa integração.

Entrevistadora – E conhecer os planos de integração, para saber os objetivos que tens que atingir.

Entrevistada – Sim, e as reuniões eu acho que fazia falta. A mim fez-me muita falta e achei estranho mas não me ia manifestar, mas fazia-me muita falta dizerem-me “se calhar aqui, se calhar ali, se calhar aqui devias estar mais atenta...” porque tu não sabes.

Entrevistadora – Há passos que não poderiam falhar, que era o ser apresentado a quem te vai integrar, há integradores que se queixam que não sabem que estão a fazer integração a pessoas e pessoas que não sabem quem as está a integrar. Logo aí não há um processo de integração. O processo envolve mais do que uma parte, logo aí não está a haver... e depois quando é preciso avaliar...

Entrevistada – Sim, e mesmo quando te deveriam dizer “olha terminaste esta valência, agora vais passar para aquela”, isso não te é dito. Quando passas para a valência Z e vez que estás acompanhada percebes que se calhar começaste a integração.

Entrevistadora – Quando vez que já não estás naquela valência é que percebes que vais começar outra integração.

Entrevistada – Aí vais perguntar: “É engano ou eu mudei mesmo para ali?”. Eu acho que não faz sentido.

Entrevistadora – Envolver as pessoas no processos de integração. E passar de umas áreas dentro da valência, ou mudar mesmo de valência, só depois de falar com as pessoas implicadas para perceber se já está na altura, se não está na altura...

Entrevistada – Sim, sim! Se calhar é melhor esperar mais, se calhar não é... Acho que sim, que devia de haver outro feedback. Tu ficas... porque tu não sabes realmente o que é que... ficas sem saber... principalmente na primeira valência.

Entrevistadora – Claro. Há queixas de ambas as partes, dos integradores e de quem está a ser integrado. Envolver ambas as partes nos processos de integração e não o fazer sem perguntar se já estão ou não integrados.

Entrevistada – Sim, e eu também acho que devíamos estar sempre com as mesmas pessoas quer seja de anestesia, a circular ou até mesmo a instrumentar, porque até ganhas uma confiança com a pessoa e depois ficas mais à vontade para perguntar porque é mesmo assim. Se não conheces uma pessoa não vais estar tão à vontade... digo eu. Se calhar perguntas, mas mesmo assim é diferente, se estiveres sempre com a mesma pessoa.

Entrevistadora – Até porque quando é mais do que uma pessoa nunca se tem bem a noção do que é que já sabes, do que é que não sabes, agora não vou estar a chatear.

Entrevistada – Sim, e às vezes dizem-te assim “Eu faço assim, mas isso sou eu”, depois vai fazer assim porque é ela e tu não sabes o que é que é certo realmente fazer e ficas um bocado... E aqui eu acho que tens que saber as coisas certas. Não é eu faço assim porque sou eu e dá-me mais jeito. É aí que tu ficas um bocado... e agora?

Entrevistadora – Esse é outro erro que por vezes acontece, e isso eu já percebi com as enfermeiras que estão agora a fazer a especialidade, em que um dos trabalhos da especialidade é a forma de abrir material para a mesa. Eu fiquei chocada quando elas me disseram porque isso é uma coisa tão básica, tão básica no bloco que nunca me passou pela cabeça.

Entrevistada – Tu vais-te rir com o que eu te vou dizer, mas eu ainda há pouco tempo soube que nós devemos abrir o material em mão para a instrumentista. Eu achava que o certo, e acho que foi numa dessas conversas que nós tivemos, que eu soube que tu tinhas que abrir o material em mão. Eu achava que o normal era abrir para a mesa.

Entrevistadora – É completamente errado. Não se deve nunca mandar qualquer material para a mesa, pelo risco de queda, pelo risco de danificar o material e rasgar os campos.

Entrevistada – Mas eu achava que o certo era isso, quando soube agora que não, que é para abrir em mão, que é para dar à instrumentista.

Entrevistadora – Eu fiquei chocada, mas não é por mal. Acho que elas fizeram muito bem em fazer o trabalho. O que me choca é que alguém que já está a trabalhar vai fazer 2 ou 3 anos e que já trazia experiência de outros sítios, tenha que ir para uma especialidade onde já não se devem prestar cuidados “básicos”, deveria ser uma coisa mais à frente e perceber que... descobrir a parte básica do trabalho de bloco operatório. E isto porque quando elas fizeram a integração, o que lhes foi dito foi exatamente isso foi “Eu faço assim porque me disseram para fazer assim, porque me ensinaram

assim, porque sempre fiz assim” e quem estava de integração perguntava “Mas porquê?” e a resposta era “Ai não sei, porque já me ensinaram assim”. Há regras que têm que ser passadas.

Entrevistada – Eu li uma coisa num livro que me emprestaram, da AESOP, em que li algumas coisas, mas realmente não vi essa parte, ou se li é aquela parte, como não sabes muito, não estás desperta... não sabia! Agora é assim, se me perguntas se faço assim? Não, não faço porque aqui não é prática fazer assim e põe-se tudo na mesa e o que eu acho é que os cirurgiões daqui também têm muita pressa e não te respeitam.

Entrevistadora – Isso é assim em todo o lado...

Entrevistada – Já me disseram que no Porto que não é assim.

Entrevistadora – No Porto não sei, mas em Lisboa conheço muitos sítios e são todos assim.

Entrevistada – No Porto dizem que respeitam, deixam-te pôr a mesa, deixam-te ter o teu *timing* para pões as tuas coisas direitas, para abrir em mão, a circulante dar à instrumentista e tu aqui se fores fazer isso, não tens tempo... E depois crias os maus hábitos. E eu acho que às vezes lá está, era o que me faltava a mim no início e era o que eu precisava, eram coisas básicas, e não houve tempo para.

Entrevistadora – Que é para isso que serve o integrador, que é alguém que seja perito na área, pode não ser especialista, mas que seja perito na valência, na área em que está e que consiga transmitir todo um rol de conhecimentos base, dizer não faças assim, porque é que as fardas são assim, porque é que são traçadas, Há tantas especificidades, que isso sim deve ser passado essencialmente quando nós começamos a trabalhar em bloco operatório.

Entrevistada – A simples maneira de pôr um pano esterilizado numa mesa eu não sabia...

Entrevistadora – Isso assusta-me um bocado... Andaram 3 anos a fazer assim porque sim...

Entrevistada – Se está esterilizado pões de uma maneira, se não está pões doutra. Também não sabia. Foi só na segunda valência que aprendi. Se calhar porque não precisei, não é? Não digo que a pessoa não soubesse, a responsável pela 1ª valência por onde passei ensinou-me bastantes coisas, a nível dessas coisas do “porque sim”. Depois com a outra pessoa se calhar já não era tão fácil. (Riso)

Entrevistadora – Muito obrigada pela entrevista que me deste, vai ser muito útil, vou transcrever e depois dou-te a ler.

Entrevista 9

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela tua disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do hospital de Egas Moniz. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Realço que todas as informações aqui recolhidas são de carácter confidencial, não será nunca atribuído o teu nome e a entrevista não será associada a ti. Autorizas a gravação?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Caso seja necessário, eu depois vou disponibilizar a entrevista toda transcrita para papel para que possas ler e dizer se era ou não o que querias dizer ou se não queres que determinada parte apareça. Queres colocar alguma questão antes de começarmos?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Então vamos. Relativamente ao percurso profissional e numa tentativa de conhecer o teu percurso profissional, há quanto tempo é que trabalhas?

Entrevistada – Trabalho há quase 9 anos, faz em Janeiro 9 anos. Durante 4 anos trabalhei no serviço X do Hospital Y, depois trabalhei 1 ano no bloco operatório do Hospital Z, no recobro, só fazia recobro, não fazia salas.

Entrevistadora – O recobro era dentro do bloco?

Entrevistada – Sim. Só fazia recobro e depois então vim para aqui. Primeiro em regime de prestação de serviços e depois a contrato.

Entrevistadora – Então tempo de exercício profissional 9 anos.

Entrevistada – Nove, quase nove, faz em Janeiro.

Entrevistadora – O tempo de exercício em bloco operatório?

Entrevistada – Em bloco, salas, quase 3 anos.

Entrevistadora – Aqui?

Entrevistada – Aqui.

Entrevistadora – Porque a experiência que tinhas de bloco operatório, praticamente era só recobro.

Entrevistada – Só recobro. Não tinha salas. Não tinha de todo...

Entrevistadora – Então não tinhas experiência prévia de exercício de funções em bloco operatório quando vieste para aqui?

Entrevistada – Não. Só um curso de bloco operatório.

Entrevistadora – E entrando já no grande tema da integração em bloco operatório, como é que decorreu o teu período de integração aqui no bloco? Ou seja, as maiores dificuldades que sentiste, a forma como as ultrapassaste.

Entrevistada – Aqui comecei também por recobro, estive mais de 6 meses aqui no recobro, portanto, inicialmente correu-me tudo muito bem, não tive quase tempo nenhum acompanhada no recobro, apesar da dinâmica ser totalmente diferente. O tipo de cirurgias, aqui fazem cirurgias muito mais complexas do que lá.

Entrevistadora – E a experiência que tinhas de recobro era de um ano?

Entrevistada – Era de um ano, sim. Quando comecei nas salas fui primeiro para a valência X. Aí correu bem a parte da anestesia, correu bem. A parte da circulação eu não tive quase tempo nenhum a circular, fui logo instrumentar, mas instrumentar estive tempo suficiente para atingir o que acho que é suposto atingir. Depois de sair da valência X, as coisas já não foram assim. Ainda por cima em valências muito mais complexas, como é o caso da valência Y. A parte da anestesia não voltei a ter integração na anestesia e ainda por cima é uma anestesia muito mais específica, muito mais complicada e fiquei sozinha. Fiquei sempre sozinha, nunca tive acompanhamento o que deu asas a algumas complicações. Na circulação pouco ou nada circulei, também na valência Y, o que complicou muito mais as coisas. As cirurgias A, especificamente cirurgias A foi onde eu consegui estar acompanhada, depois as cirurgias B eu nunca fiquei acompanhada, nem nas cirurgias B mais simples. A colega que estava a circular, por acaso é a responsável de valência e disse “Não é preciso que eu estou cá fora e ajudo-te” e depois passou o tempo todo a sair fora da sala e, portanto, foi esta a integração que eu tive na valência Y. Cirurgias A, sim, sei fazer mas se me pedirem para fazer uma cirurgia do tipo A mais complexa nunca tive acompanhamento. Cirurgias do tipo B, zero! Nem nas mais simples estive acompanhada. Mas aprendi a fazer. Se calhar um bocadinho mal feito...

Entrevistadora – E às tuas custas?

Entrevistada – Sim. Às minhas custas.

Entrevistadora – Então, uma questão antes de continuarmos, estiveste no teu período de integração, na primeira fase que a AESOP estabelece como sendo a fase de acolhimento ou de observação que é a fase de socialização, digamos assim, tiveste quanto tempo para conhecer o bloco, as pessoas?

Entrevistada – Não conheci nem conheci as pessoas.

Entrevistadora – Foste logo diretamente para o recobro?

Entrevistada – Quando eu cheguei, não me apresentaram sequer às colegas.

Entrevistadora – E foste diretamente para o recobro?

Entrevistada – Sim. Apresentaram-me o recobro e a pessoa que me integrou no recobro, que me apresentou mais ou menos o recobro, disse-me o espaço físico, mostrou-me onde é que era o arsenal para ir buscar as seringas e o material e foi essa a apresentação.

Entrevistadora – Fizeste o curso de integração ao hospital?

Entrevistada – De integração dentro do hospital?

Entrevistadora – O que o CEF faz de 1 dia.

Entrevistada – Do CEF...? Sim, sim, sim. Fiz.

Entrevistadora – Conseguiu fazer. Agora na segunda fase que a AESOP estabelece como sendo o enfermeiro de apoio à anestesia, quanto tempo é que estiveste de integração na primeira valência?

Entrevistada – Na valência X. Quanto tempo? Na valência X de anestesia, não sei se chegou a um mês.

Entrevistadora – Estou a perguntar isto porque está “pré estabelecido” que mais ou menos os timings pela AESOP será de um ano e meio para quem não tem experiência nenhuma em bloco, experiência em nada. Quem vem da escola para bloco, um ano e meio de integração, quem vem com experiência de enfermaria ou qualquer outro serviço que não bloco, um ano de integração e quem vem com experiência de bloco, só precisa de conhecer a outra realidade, meio ano. Por isso, tu sem experiência de bloco deverias ter estado um ano numa primeira valência. Não é fácil também conseguir tanto tempo pela falta de gente que tínhamos na altura. Mas estiveste um mês de anestesia...

Entrevistada – Estive um mês de anestesia.

Entrevistadora – E a circular, lembras-te?

Entrevistada – Ah! A circular quase não tive.

Entrevistadora – Foste diretamente para a instrumentação?

Entrevistada – Estive para aí dois, três turnos a circular, nem sei.

Entrevistadora – Estiveste sempre a instrumentar?

Entrevistada – Estive quase sempre a instrumentar.

Entrevistadora – Principais dificuldades nessa primeira valência? Foram mais de anestesia, a circular, a instrumentar?

Entrevistada – Na anestesia foi onde senti menos dificuldade a não ser quando eram crianças. Quando eram crianças aí tinha que pedir ajuda. A instrumentar, senti dificuldades em memorizar as coisas, porque eu vinha de um ambiente totalmente diferente e até coisas tão simples para as outras pessoas, que para ela são básicas, para mim não eram... Por exemplo o material e as mesas, eu lembro-me de a assepsia ser uma coisa que me preocupava muito no início, porque não era uma coisa que fazia naturalmente, enquanto que toda a gente aqui faz naturalmente, quando eu vim para cá não fazia naturalmente, parecia que pedia autorização ao pé esquerdo para andar e ao direito também, porque tinha medo de contaminar, de tocar em alguma coisa. Não tinha a noção, apesar de ter feito um curso de bloco operatório. Quando cheguei aqui não tinha muito a noção. No Hospital Y estava muito confinada ao recobro, estava vestida da mesma maneira, mas não ia às salas. E, portanto, foi complicada essa parte. Em termos de instrumentação tive a sorte de apanhar boas equipas cirúrgicas e, portanto, a coisa compensou. Claro que quando fui para as outras valências a

coisa descambou porque tal como eu vinha do outro lado, pensava que toda a gente era calma e serena, quando me apercebi de outras realidades, não é? E ali a pessoa ainda vai pedindo o material e eu não conseguia antecipar, demorei muito tempo a antecipar, até porque estive pouco tempo acompanhada na instrumentação. Mesmo assim, comparativamente com outras valências por onde passei foi ótimo. Mas por exemplo a circular, e foi uma coisa muito transversal a todas as salas, eu raramente circulei acompanhada, porque consideram que circular, se eu sei instrumentar, sei circular.

Entrevistadora – E não é verdade.

Entrevistada – Não é de todo verdade.

Entrevistadora – É exatamente o oposto.

Entrevistada – Na valência Z que é onde eu tenho mais dificuldades, eu não sei circular, não me metam nunca a circular, porque eu não sei circular. Eu sei instrumentar algumas coisas, muito poucas, mas eu não sei de todo circular, não tenho autonomia nenhuma para circular lá.

Entrevistadora – Se souberes circular e se souberes quando abrir as coisas, automaticamente sabes a altura em que tens que dar para a mesa, enquanto que se estiveres a instrumentar é só esperar que te ponham na mesa e aí é fácil.

Entrevistada – Exatamente! Aí é fácil. Isso é o que acontece na valência Z para mim. Na valência Y depende.

Entrevistadora – Com o apoio dos colegas foi fácil fazer uma integração na anestesia, porque te sentiste acompanhada, estiveste com o apoio dos colegas? Estiveste acompanhada na fase da anestesia na integração nesse mês?

Entrevistada – Quando estava com a enfermeira X sim.

Entrevistadora – Mas foi um mês acompanhada?

Entrevistada – Não, não foi.

Entrevistadora – Foi mais ou menos quanto tempo?

Entrevistada – Estive mais ou menos um mês, quatro semanas...

Entrevistadora – Mas estiveste acompanhada um mês ou por exemplo na primeira semana acompanhada e as outras 3 sozinha?

Entrevistada – Sim, foi mais ou menos isso. As duas primeiras semanas devo ter ficado acompanhada.

Entrevistadora – Então estiveste um mês de anestesia, tendo ficado duas semanas acompanhada.

Entrevistada – Sim, mais ou menos. Depois a minha integradora ficava a circular e ia-me dando apoio na anestesia quando eu precisava.

Entrevistadora – Mas não estavam 4 na sala. Contavas como elemento?

Entrevistada – Não. Contava como elemento.

Entrevistadora – E a circular e a instrumentar a mesma coisa?

Entrevistada – Sim, sim. De todo.

Entrevistadora – Principais dificuldades e como é que tentaste superá-las? Essa parte de não estar tanto à vontade na assepsia, não conheceres tão bem os ferros... Estudavas em casa, conseguias que os médicos ajudassem?

Entrevistada – Quando estava na valência X, inicialmente, como vinha muito motivada, levava as coisas para casa. Eu tenho a lista de todas as caixas cirúrgicas da valência X, tenho-as em casa.

Entrevistadora – Para saber o que é que se usava em que cirurgias?

Entrevistada – Exato. Eu basicamente tentei decorar e decorava em casa, o problema é que a vida às vezes complica-se e nós metemo-nos noutras coisas e depois deixa de haver esse tempo, que não nos é dado. Portanto eu aí contei com muito estudo e como são cirurgias fáceis de compreender, quer dizer há determinadas cirurgias que não porque não se vê muito bem, mas foi basicamente levando as folhas todas para casa. E escrevi. Tenho um bloco e escrevi. Circular, quando tinha que circular ia sistematicamente, sempre, ao bloco onde tinha todas as cirurgias escritas e o que é que era preciso. Não era que eu soubesse, eu saber não sabia, mas ia ao meu caderno e ia buscar as coisas e fazia o carro.

Entrevistadora – Esse trabalho pessoal é muito importante. Então, uma das principais dificuldades na segunda valência foi essencialmente não sentires apoio dos colegas? Não estiveste acompanhada na anestesia...

Entrevistada – Não estive acompanhada na anestesia, zero!

Entrevistadora – A circular só num tipo de cirurgias é que estavas acompanhada, de resto estavas também sozinha.

Entrevistada – Sim, só nas cirurgias do tipo A, de resto estava sempre sozinha.

Entrevistadora – Além do apoio que diziam dar de fora e depois não sentias esse apoio.

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Estavas sozinha, os médicos se calhar começavam...

Entrevistada – ...aos gritos.

Entrevistadora – A stressar, exatamente. E não tinhas quem te apoiasse de fora nem quem te explicasse o que é que havias de dar. E nunca tinhas praticamente viste pois estiveste pouco tempo a circular, começaste logo a instrumentar e estiveste pouco tempo também de anestesia.

Entrevistada – Sim. De anestesia estive algum tempo, eu aí estive muito tempo de anestesia, mas sempre sozinha. Mas estive muito tempo de anestesia, muito, muito tempo, aliás a maior parte do tempo que eu passei na valência Y até foi de anestesia. Estive sempre foi sozinha, nunca estive acompanhada.

Entrevistadora – Então a globalidade da primeira valência? Recobro foi 6 meses de integração e da primeira valência, mais ou menos quanto tempo no total?

Entrevistada – Eu estive lá quase um ano. Não sei se foi um ano, mas 8 meses de sala na valência X.

Entrevistadora – Então 6 meses de recobro e 8 meses na valência X.

Entrevistada – Oito meses, não chegou a um ano porque eu comecei logo na valência Y no final do ano. Devem ter sido uns 8 meses.

Entrevistadora – Em termos de timings está bom. Mais nada assim que te lembres? Dessas dificuldades nas salas.

Entrevistada - Eu acho que na valência Y tudo correu um bocadinho mal, porque se não há apoio dos colegas, quando nós estamos a iniciar, depois também não há confiança dos médicos, não é?

Entrevistadora – Pois, se eles vêm que nós próprios não nos unimos...

Entrevistada – Exatamente e eu acho que esse foi um motivo para a coisa depois descambar. Eu acho é que não se valoriza, a minha opinião é que não se valoriza... as pessoas que estão sempre na mesma sala, que só fazem aquela sala, é claro que para elas é básico. Para mim a valência X também é porque domino, mas é uma pena que se calhar quando têm que ir para outra valência, que é uma pena que as pessoas que estão muito fixas nas salas, não tenham que ir de vez em quando às outras salas, para se lembrarem que cada vez que nós mudamos de sala começamos o processo do zero. E acho que é isso que falta às pessoas. É pena não perceberem que a outra pessoa que vem de novo vem do zero e como isto não é feito, falam connosco como “isso é básico”... e pronto. Não é assim tão fácil e principalmente na valência Y é muito importante antecipar, pois eles muitas das vezes não dizem as coisas.

Entrevistadora – Limitam-se a esticar a mão.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Temos que “adivinhar” o que é que querem. Faz parte de um dos papeis do enfermeiro instrumentista, mas tem que se ter experiência e conhecimentos para se conseguir.

Entrevistada – Eu acho que há dois grandes problemas, a meu ver. Um problema é quem faz a gestão das pessoas, não percebe que estamos a fazer uma coisa importante, estamos a lidar com vidas e quando a coisa corre mal ou temos uma instrumentista que consegue desbloquear, porque às vezes os cirurgiões também bloqueiam, portanto é bom ter um bom instrumentista, portanto, tem que se integrar as pessoas de forma decente, porque não é o nome dos ferros que interessa, dos instrumentos cirúrgicos, aqui interessa é conhecer a cirurgia e cada vez se assiste mais às pessoas que estão no gabinete porem as pessoas a instrumentar sem perceberem passos cirúrgicos. Então, passamos a ser auxiliares... do médico, é não é isso. Nós somos enfermeiros a colaborar com o médico, não somos o auxiliar do médico, e se assim é... isto começa logo... o primeiro erro... o primeiro passo para o risco. O segundo passo para o risco é termos pessoas que estão constantemente na mesma sala e que perdem a noção de que a pessoa que está ali precisa de apoio e muitas das vezes nem é só perderem a noção de qual é o fator, mas não me cabe a mim julgar e não apoiam minimamente o colega que está novo e a aprender tudo de novo, ainda mais quem vem

de outros serviços e acho que isso é o segundo passo para o risco. Quando corre mal “ai, ele não se desenvencilha muito bem”. Pois mas se calhar se não se desenvencilha e culpa também deve ser das pessoas que estão responsáveis pelas valências. Uma pessoa que é responsável pela valência tem que deixar o colega minimamente preparado para atuar. E aqui são dois erros, e depois insiste-se, que eu assisti a isto várias vezes a uma colega dizer “Isto é uma cirurgia complexa, a enfermeira X ainda não está preparada. Não, mas tem que ir porque não há mais pessoas!”. E o colega que está a circular diz “Olha tens que ir”. Eu se fosse no meu lugar diria, “olha não te sentes preparada, no gabinete não dão esta flexibilidade, mas eu não te vou expor a este nível.”. Porque depois há outra coisa que é o expor. E depois uma pessoa que erra na mesa, o que é que acontece? O cirurgião não vai gostar de ter aquela pessoa que não sabe instrumentar. E depois é uma bola de neve.

Entrevistadora – Não há confiança...

Entrevistada – Não há confiança...

Entrevistadora – ...entre as equipas profissionais.

Entrevistada – É uma bola de neve. Até porque depois eles irritam-se porque não gostam daquela, porque noutro dia aquela não correu bem a cirurgia e depois eles já estão irritados, depois já nos falam mal, nós começamos a tremer... e é uma bola de neve.

Entrevistadora – Uma bola de neve que vai crescendo e o fim nunca é bom. Outra dúvida, já agora, que eu tenho e que me esqueci de colocar é: tu foste entregue, desde o primeiro sítio em que fizeste integração, no recobro e depois na primeira valência pelo menos, foste entregue a alguém e disseram algo do género “Está aqui a enfermeira X, vai iniciar a integração aqui e tu ficas como orientadora dela”. Foste entregue a alguém e identificada a pessoa que te ia integrar?

Entrevistada – Não! Não.

Entrevistadora – E sentiste que ela, como ninguém estava responsável pelo processo de integração, sentiste que a coisa foi andando ou sentiste que a pessoa como te estava a integrar estava a dar o melhor dela, mostraram-te o plano de integração? Ou nunca viste os planos de integração dos sítios por onde passaste?

Entrevistada – Só vi do recobro.

Entrevistadora – Das salas nada?

Entrevistada – Não. Nem sabia que havia.

Entrevistadora – Porque se calhar a pessoa que te estava a integrar, provavelmente a responsável de valência, não lhe foi dito, “Ficas a integradora da enfermeira X” e ela nunca se sentiu responsável.

Entrevistada – No recobro tive sempre a enfermeira C e eu aí tive sempre a mesma pessoa, quer dizer estive para aí 2 turnos acompanhada, mas mesmo quando não estava acompanhada, continuava a estar com ela. Como tive sempre com ela, apesar de não contar como integração, tive sempre com ela e foi muito mais fácil e fiquei com uma ideia muito diferente da equipa de enfermagem de quando fui para uma sala. Achava que isto era espetacular. Quando fui para a valência X, já fiquei com um, com outro e com outro, o que não facilitou. Depois pedi para ficar mais

com a Enfermeira B, visto que era a responsável de valência e a coisa compôs-se. Na valência Y não tive ninguém responsável pela minha interação, nem as responsáveis de valência. Nada. Não houve ninguém que ficasse.

Entrevistadora – Não foste entregue a ninguém. Sentias-te numa auto integração. Ninguém sabia o teu percurso, ninguém sabia o que sabias nem onde tinha que incidir a formação.

Entrevistada – Nada. Nenhuma das responsáveis nem nenhum dos responsáveis ficou comigo. Eu ficava tanto com a enfermeira D, como com a E, como com a F. Fiquei até mais com a F (que não era responsável de valência) do que com qualquer uma das outras que sempre que estava com alguma delas elas nunca estavam presentes e diziam “tenho coisas para tratar lá fora, vou-te ajudando de fora”. E então na valência Z, zero. A valência Z foi uma autêntica “palhaçada” de integração.

Entrevistadora – Sentiste que não tiveste nunca o apoio do integrador porque ele nunca te foi identificado.

Entrevistada – Não. Eu não tive integrador.

Entrevistadora – Nem tu sabias quem era nem quem te estava a integrar sabia, ninguém se sente nem motivado, porque também ninguém sabia quem era, porque não estava identificado, nem se sentia na obrigação de te integrar, porque...

Entrevistada – Não. Só na valência X é que eu percebi que podia contar com as duas pessoas que lá estavam. Contar no sentido de saber quem eram. Eram aquelas pessoas e aquelas pessoas realmente acho que dentro do possível fizeram. Sem ser naquela sala, senti totalmente uma desorganização total em tudo.

Entrevistadora – Não conheceste o plano de integração de lado nenhum a não ser o do recobro. Podemos passar ao plano de integração de enfermeiros?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Conheces o plano de integração de enfermeiros que existe no bloco operatório?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Conheces o do recobro. Não conheces o de nenhuma valência, nunca te mostraram?

Entrevistada – Não, não. Nem sabia que existia, nem nunca mo mostraram.

Entrevistadora – Cada valência tem um plano de integração e eles são todos muito semelhantes entre si. Eu estou a colocar esta questão essencialmente porque eu acho que por exemplo tu que fizeste integração em duas valências e recobro, imagina que fizeste num ano ou num ano e meio nessas três valências, três vezes terias de ter lido os planos de integração (se alguém tos tivesse mostrado) que são praticamente a mesma coisa, são todos muito semelhantes. A questão que eu coloco é se não valerá a pena ter um plano de integração único, um só para bloco operatório e um então de recobro, em vez de haver não sei quantos planos de integração, com as especificidades depois em anexo de cada uma das valências.

Entrevistada – Sim, fazia sentia, mas também fazia sentido mostrarem as coisas.

Entrevistadora – Sim, ninguém mostrar também não é... Os planos de integração no final têm uma parte de avaliação.

Entrevistada – Sim, eu vi essa folha no recobro.

Entrevistadora – Então só preenchestes a do recobro.

Entrevistada – Só do recobro!

Entrevistadora – Nunca preenchestes as das salas.

Entrevistada – Não, não. Zero!

Entrevistadora – E outra questão, nunca foste avaliada, nunca fizeste momentos de avaliação intermédia nem no final de cada fase de integração.

Entrevistada – Em nenhum lado. Só do recobro fiz uma avaliação final com a enfermeira C.

Entrevistadora – Só final.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Porque o correto é fazer avaliação intermédia de anestesia, depois a final onde mostras a tua folha de auto avaliação, onde o teu integrador diz “escreveste aqui que não sabes fazer isto, mas não estou de acordo, eu acho que tu sabes, não é o que demonstras” ou o contrário “tu dizes aqui que sabes mas não estou de acordo”. Há uma parte em que escreves o que é que tu sabes fazer e nunca foi falado contigo. Deveriam ter sido feitas reuniões com a chefe, com o integrador e contigo.

Entrevistada – Não, nunca, zero. E acho que isso era um ponto importante. Isto facilitava muito, muita coisa, o desempenho profissional da pessoa. Facilitava imenso. Chegar à conclusão que “estas cirurgias nunca tiveste oportunidade para fazer”. Portanto, não se pode por ninguém sozinho. Eu há bocado estive a ver o material da valência Z com a enfermeira G e percebi a quantidade de cirurgias que eu nunca fiz. O que é que vai acontecer? Assumiram no gabinete que eu tinha integração na valência Z e o que é que vai acontecer? É que eu vou ser colocada lá e o que é que vai acontecer a seguir? É que eu ou tenho a sorte da circulante saber o meu percurso, que não vai acontecer de todo ou não tenho e começa alguém a gritar a dizer que eu não quero instrumentar. E o que é que isso leva a mais? Leva a mais baixas, porque depois as pessoas saturam-se.

Entrevistadora – Em termos de pessoal, dos responsáveis das salas, sentiste na valência X sentiste que estavas sempre com um deles, pelo menos, presente.

Entrevistada – Estava sempre.

Entrevistadora – Nas outras valências onde não tiveste ninguém afeto a ti, sentiste que as responsáveis de valência também não estavam lá? Achas que só fazer manhãs ajuda? E fazer tardes? O que é que achas? Há alguma parte do horário que poderia ser mudada de forma a agilizar as integrações?

Entrevistada – Eu acho que as integrações devem ser feitas pela mesma pessoa. Poderá ser ou não uma responsável de valência.

Entrevistadora – Alguém que seja perita.

Entrevistada – Alguém que saiba. Exatamente, que seja perita, que domine a área e às vezes não precisa de ser responsável de valência. Por exemplo a enfermeira F não é responsável de valência e domina mais do que as responsáveis às vezes. É a minha opinião. Mas tem um grande problema, se me escalam à terça feira numa sala da valência Y, eu acho que é inadmissível, com três, a terceira que não é, mas com três pessoas sempre lá e não está lá ninguém. Isto é inadmissível. Eu acho que há coisas que se facilitam neste serviço que não podem ser facilitadas. E aproveito para dizer que acho mesmo uma falta de responsabilidade algumas distribuições, como elas são feitas. Principalmente na equipa de urgência. Às vezes chegam a estar duas pessoas que estão cá há muito tempo no recobro, que já estão cá anos e depois na equipa de urgência estão duas pessoas novas. E eu pergunto, mas como é que estão cá duas pessoas em que uma só faz urologia e outra otorrino, por exemplo e a outra que está cá e só faz urologia e otorrino com alguém mais velho e eu perguntei “Mas que raio, o que é isto? Isto não pode acontecer...”. Se já existe um problema numa valência por não haver pessoas suficientes integradas, como é que estão a expor neste caso, assim, com pessoas no recobro que fazem urgência? Não faz sentido nenhum. Ou então pelo contrário. Vai tudo o que é novo para o recobro e o que é velho para a equipa de urgência, o que também não pode ser.

Entrevistadora – Têm que se dividir as equipas. Então, nunca tiveste sequer reuniões periódicas? No recobro chegaste a ter?

Entrevistada – Não tive uma reunião, tive uma avaliação final. Reunião não. Avaliação final.

Entrevistadora – Também nunca foi questionado, nem a ti, se te sentias capaz de passar de anestesia para circular.

Entrevistada – Ah, não!!!

Entrevistadora – Nem se estavas capaz de passar. Chegou aquele timing, passou um mês e é para mudar.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Sugestões a fazer de forma a melhorar os diferentes planos de integração. Nunca viste nenhum, se calhar não tens grandes sugestões a fazer para o plano de integração. O que é que achas que ele deveria conter?

Entrevistada – Acho que deveria de conter um tempo e avaliações entre o chefe, a pessoa que que está responsável por essa pessoa, e que deve estar com essa pessoa realmente e quem está em integração. Primeiro acho que passa por aí. Existe uma pessoa que está responsável e na realidade isso acontecer e depois ser feita a avaliação entre essa pessoa e a que está a ser integrada. E porquê? Para terem a noção de quantas cirurgias é que esta pessoa fez quando estava sozinha, quantas cirurgias e quais as cirurgias que lhe faltam, que se calhar até um dia pode estar sozinha naquela cirurgia tipo A e dar resposta e depois na cirurgia tipo B em que nunca mexeu numa caixa de cirurgia aberta, se calhar não pode estar sozinha. É importante olhar primeiro para os planos, antes de se

fazerem distribuições. Antes de se fazerem distribuições tem que se olhar para os planos. Eu estou integrada na valência Z e não estou integrada na valência Z.

Entrevistadora – Porque não estás habituada a fazer determinados tipos de cirurgias.

Entrevistada – E mesmo o outro tipo de cirurgias, eu fiz muitas cirurgias E, não fiz mais nada. Desse tipo de técnica, sei fazer cirurgias do tipo E, cirurgias F, também já sei fazer, cirurgias G também cheguei a fazer lá, portanto até conheço, cirurgias H fiz quinhentas cirurgias H, porque calhava sempre a mesma equipa. Isto porquê? Acho que tive um bocado de azar nisso, quando comecei a fazer uma formação especializada estava cá sempre à segunda, terça e quarta, nunca estava à quinta nem à sexta e então apanhava sempre as mesmas equipas e fazia quase sempre as cirurgias H, cirurgias do tipo J, zero. No final as grandes cirurgias e que até são feitas com grande frequência neste bloco e que são as cirurgia J eu não sei fazer, e não sei fazer cirurgias do tipo E. Conheço mais ou menos as coisas.

Entrevistadora – Para todo o efeito é considerado que estás integrada na valência Z? É isso?

Entrevistada – Exatamente. E não estou de todo integrada na valência Z.

Entrevistadora – E achas que ajuda, quem está de integração fazer só manhãs ou por exemplo “i”, com entrada às 8h e saída às 20h?

Entrevistada – Eu acho que os “i” também estão acompanhados. Às vezes até acho que faz sentido, não precisa de ser só manhãs.

Entrevistadora – Pois, quando eu digo manhãs, que dê para fazer “i”, agora fazer tardes, achas que vai condicionar o processo? Uma vez que depois não estás cá de manhã?

Entrevistada – Isso condiciona muito o processo porque à tarde não há muitas das valências.

Entrevistadora – Sim, e pode não haver aquela em que estás a fazer a integração.

Entrevistada – Sim, e as pessoas que são responsáveis de valência, a maior parte, faz essencialmente manhãs, nunca estão cá à tarde.

Entrevistadora – Então, achas importante quem está a fazer integração estar a maior parte do tempo a fazer manhãs. Manhãs ou “i”.

Entrevistada – Deveria fazer o horário da pessoa que a está a integrar. Até pode ser uma pessoa que faça muitos “i” e faça algumas tardes.

Entrevistadora – Então achas que devia ter o mesmo tipo de horário?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Conheces o manual de procedimentos existente no serviço? Os dossiers com os procedimentos?

Entrevistada – Sim, conheço.

Entrevistadora – Costumas consultar?

Entrevistada – Às vezes.

Entrevistadora – Quais é que são as principais dificuldades que sentes quando precisas consultar.

Entrevistada – Acho que alguns estão um bocadinho desatualizados, há cirurgias que faltam, principalmente nas valências Y e Z, em que faltam muitos procedimentos. Valência X não achei. Valências Y e Z acho que faltam muitos procedimentos. Eu já por 2 ou 3 vezes que fui consultar e que não havia os procedimentos que eu queria, porque são cirurgias que se fazem menos vezes e que eu não tive oportunidade de ver. Depois tem lá o material, mas os passos cirúrgicos não estão muito perceptíveis, é o que eu acho.

Entrevistadora – Os procedimentos não estão feitos de acordo com o que é feito no serviço.

Entrevistada – Exatamente.

Entrevistadora – Estão feitos por livros, etc. Não estão adaptados à nossa realidade, concordas? Quem consulta um procedimento o que precisa é saber o material que se usa cá, os passos críticos da cirurgia.

Entrevistada – Faltam lá coisas que podem parecer ridículas, mas que eu acho importante. A primeira vez que eu fiz uma cirurgia D que é, por exemplo: primeiro passo dar o bisturi, depois o trocar nº tal, depois o trocar nº tal, a sequência. Isto não está escrito e para quem fazer isto a primeira vez, é isto que lhe interessa, porque vai super nervoso, porque não sabe qual é o trocar que há-de dar. E é chato eles terem que pedir qual é o trocar. Se mostrarmos na primeira vez que até sabemos, mais confiança vão ter na equipa. Ora “Esta é a primeira mas até sabe.” Agora como isto não está... E sim, é muito bonito ir-se ver à internet, mas não é igual... de todo. Nós não temos os materiais que há na América, não é? Não tem nada a ver e portanto não acho que seja... Acho que é uma coisa importante que devia estar mas realmente bem feito. E acho que cada valência devia de ter o seu dossier.

Entrevistadora – As coisas desaparecem, as pessoas levam...

Entrevistada – Devia estar um de cada, mas mesmo na nossa sala devia estar um de cada. Não devia estar a informação toda condensada, o que é uma confusão e também deveria de estar, se calhar até mais importante, devia de estar online.

Entrevistadora – Era isso que eu ia perguntar a seguir. Sabes que existem procedimentos na intranet? Costumas consultar?

Entrevistada – Não. Já consultei alguns, mas não é de todo um hábito, porque às vezes é mais fácil e buscar.

Entrevistadora – Uma das queixas é que não estão de fácil acesso, não se consegue chegar com facilidade aos procedimentos.

Entrevistada – Eu aprendi a fazer isso. Primeiro, inicialmente eu não sabia que estavam disponíveis na intranet, porque nunca ninguém me tinha dito. Só quando comecei o estágio no hospital X é que percebi, porque conseguia ter acesso aos procedimentos dos 3 hospitais e são aí é que eu percebi que aqui também tínhamos. Portanto eu soube isto para aí em Abril, Maio. Foi quando tomei

conhecimento que estavam na intranet, antes disso não sabia de todo. Pensava que era só ali os procedimentos, por isso é que também não os consultei antes.

Entrevistadora – Faltam muitos na intranet. Pedi para colocarem mais 20 há um ano e ainda não apareceram. Para mim, a principal dificuldade é essa, é na colocação dos procedimentos. Está na altura quase de revê-los e eles ainda nem sequer os colocaram.

Entrevistada – Eu também acho que os procedimentos nunca deveriam ser feitos sozinhos. Muitas das vezes o que acontece é que “Ah, tens que fazer o procedimento”. Tudo bem. Faço o procedimento, peço 50 vezes à pessoa que está responsável de valência para ver. Ou como já aconteceu comigo na valência X. Eu fiz o procedimento, deixei para a responsável de valência ler e a responsável de valência perdeu por duas vezes o meu procedimento. À terceira peço desculpa mas já não faço mais nenhuma. Estão a gozar com o meu trabalho, porque eu até estive aqui em penhada a fazer isto para depois se perder no carrinho com o meu nome e tudo. Acho falta de respeito.

Entrevistadora – Há uma pessoa que eu entrevistei, pelo menos uma, que refere que os procedimentos deveriam ser todos feitos pela responsável. É uma grande sobrecarga?

Entrevistada – Sim, é uma grande sobrecarga, mas acho que pelo menos ser feita em equipa e em equipa entenda-se equipa, não é fazes tu e eu olho e digo “Está bem”. É em equipa, ver os passos cirúrgicos. Acho que até é muito mais fácil sentarem-se as duas e na revisão se calhar eu fazer o material todo, fazer mais ou menos o procedimento se eu souber e no final ela olhar e meter os passos realmente corretos e se calhar até fazer notas disso, do que a pessoa fazer, passa aqui 2 meses e depois vai para a outra e passa outros 2 meses, depois na outra 2 meses e começa a saltitar de sala para sala que é o que tem acontecido e acaba por perder aquilo que as outras pessoas sabem fazer de olhos fechados

Entrevistadora – Há queixas até que já foi pedido a algumas pessoas que fizessem procedimentos de cirurgias que nem nunca sequer viram na vida.

Entrevistada – Ah sim, isso também me aconteceu. E eu não fiz.

Entrevistadora – Exato. É muito difícil conseguir adaptar à nossa realidade se nós nunca vimos. Nós podemos ir aos livros, há internet pesquisar, até se aprende muito com isso, porque é um esforço suplementar que tens que fazer, mas aprende-se muito. Consegues fazer o geral mas não consegues saber se é assim que se faz.

Entrevistada – A mim pediram para fazer da cirurgia A e eu não tinha sequer chegado à valência Y, quanto mais há Z, mas depois foi-me pedido para fazer da cirurgia B, mas eu, apesar de ter muito tempo de integração na valência X, eu nunca fiz esse tipo de cirurgia na minha vida.

Entrevistadora – Consegues fazer o que os livros dizem, o procedimento em si, mas adaptar ao serviço é que não.

Entrevistada – O procedimento até está mais ou menos atualizado lá, eu sei porque me pediram para fazer, mas eu não sei fazer aquilo, eu nunca fiz.

Entrevistadora – Daí a importância de dar a ler à responsável de valência que está lá sempre e conhece os gostos e necessidades, se é assim ou não e alterar o que é preciso. Consideras que a

existência de vídeos com os resumos das principais cirurgias efetuadas por valência que se encontrem disponíveis na intranet que iriam facilitar as integrações no bloco?

Entrevistada – Sim. Acho que sim. Isso é uma ideia interessante, por acaso.

Entrevistadora – Seriam vídeos curtos com uma breve abordagem da anatomia em que explicasse também por exemplo os passos da cirurgia...

Entrevistada – Eu acho que isso era muito mais facilitador da aprendizagem, porque nós retemos muito mais a ouvir e ver do que a ler, e percebemos.

Entrevistadora – Também o posicionamento do doente e acabava por abarcar muito mais coisas do que os procedimentos têm. A disposição da mesa e da instrumentista na sala operatória, o material para o carro de circulante.

Entrevistada – Isso era excelente, excelente. Isso é excelente.

Entrevistadora – É uma ideia que preciso de saber a opinião para saber se incluo no projeto ou não.

Entrevistada – Excelente. Boa sorte. Dava muita ajuda, eu acho.

Entrevistadora – É o que eu também acho. É um projeto a abraçar que vai ter que ser com a ajuda de muita gente, pois cada um terá de fazer das suas valências. Mais alguma coisa a acrescentar? Algo que tu aches que deveria mudar.

Entrevistada – Acho que se devia mudar a mentalidade...

Entrevistadora – Isso não é fácil... (Riso)

Entrevistada – Pois... Há pouco tempo fizeram uma observação que eu acho que não sabem o que é bloco, ou já se esqueceram do que seja. Foi uma coisa que me levou a pedir transferência do bloco... Foi dizerem-me “Estás aqui há três anos, já tens que saber estar num bloco”. O que eu disse dentro do gabinete quando isto me aconteceu, e foi com a Chefe, ela é que me disse que com estes anos eu já tinha que saber as coisas, que eu não precisava de ter uma integração de tanto tempo na valência Z. Tanto tempo? Qual foi o tempo? Aliás, as responsáveis de valência...

Entrevistadora – Quando tu chegaste à valência Z já tinhas duas valências e o recobro. Não estás há três anos na valência Z.

Entrevistada – Exatamente, eu acho que as pessoas não têm a noção, e a responsável de valência foi dizer que eu não tive, se eu não tive... que era inadmissível o que me estavam a fazer. Se as responsáveis de valência de apercebem disso... como é que no gabinete se contrariam coisas que são avaliadas, quer dizer... Isto é humilhar as pessoas... E acho que primeiro um bloco se quer funcionar bem, nunca pode humilhar as pessoas, tem que se tentar perceber o que é que se passa, e não é a pessoa que demora mais tempo, se calhar não lhe está a ser dada oportunidade como foi dada a outras colegas. Eu vi colegas a fazer a mesma integração que eu, na valência, mas elas estiveram lá constantemente, elas estão cá de segunda a sexta. Esquecem-se que eu estou de roulement, ia uma vez por semana à sala e não dava para fazer uma integração assim. E consideraram-me integrada. E pior... fizeram-me passar por estúpida “já estou farta de te ver aqui...”. Devem estar a gozar comigo... Uma pessoa que levou meses seguidos a instrumentar numa valência e está-me a dizer aquilo à

frente de um doente... O que é que acontece? Aconteceu que no final disto tudo a culpa era minha, o que me foi dito e o que me fizeram sentir é que a culpa era minha, porque eu já tinha que dominar uma coisa que não aprendi, e que se não aprendi aqui, que fosse aprender em casa, que visse isso em casa. Eu estou a tirar uma especialidade e acho uma falta de respeito as pessoas que já tiraram outros curso não se lembrarem da realidade e do que é... Não é? Ainda mais com a agravante que nós agora temos obrigatoriamente que fazer uma revisão sistemática da literatura, que se calhar as pessoas não sabem, mas que dá muito trabalho, para além dos estágios e do trabalho de estágio. Mas não vejo a minha família... Acho que as pessoas têm que ter um bocadinho de bom senso.

Entrevistadora – Eu acho que isso passa um bocadinho também porque também essa pessoa que te disse isso, se calhar nem sabia a fase de integração em que estavas, porque não tinhas ninguém associado a ti, tu não tinhas ninguém na tua integração. Quem te estava a dizer isso devia achar que estavas ali há uns 6 meses ou mais, quando se calhar tinhas 4 ou 5 turnos nessa valência.

Entrevistada – Sim, é isso, é que as pessoas vêem-nos ali de vez em quando e gostam de dar o palpite. “Agora tens que ir...”, “Não, não vou porque eu não sei fazer isso...”.

Entrevistadora – Nós não trabalhamos com papéis, que quando se rasgam fotocopiam-se outros...

Entrevistada – O que eu acho é que... acho que esta chefe é espetacular, mas acho que tem uma coisa péssima que é não ter a mínima noção do que é um bloco operatório.

Entrevistadora – Pois, não era de bloco, não tem experiência.

Entrevistada – Ela não tem culpa, mas dizer-me que estou cá há três anos e a responsável estar ao lado e dizer que sim. E a minha resposta foi “Então eu gostava de te ver a instrumentar uma cardio-torácica. Estás aqui há tantos anos... gostava de te ver abrir uma mesa de cardio-torácica”. A resposta foi, mas isso é muito específico. Mas a valência Y não é? A valência Z não é específico? Só me faz lembrar a enfermeira R quando se virou para mim e disse “Também tens Kellys na valência Y. Como é que não sabes o que é que é uma Kelly?”. E eu fiquei a olhar para ela... Não se usa nessa valência nem na X que foi onde eu passei... É que as pessoas nem têm essa noção, não param para pensar que eu venho de coisas muito específicas.

Entrevistadora – A base do problema não está no nome dos ferros... Na primeira valência tu aprendes a estar, na mesa, lá está, tu referiste que a tua principal dificuldade foi a assepsia e as formas de lidar com isso, mas depois muitas vezes e eu lembro-me quando eu vim para bloco, o meu principal problema era a medicação. Eu já tinha dois anos de experiência de enfermaria e eu não conhecia nada da medicação que se dava aqui. A primeira dificuldade para mim foi essa. Foi essa e a colocação de centrais e de linhas arteriais. Depois tive dificuldade também ali no nome dos ferros. O meu problema era “Como é que eu vou decorar isto?”.

Entrevistada – Também eu... mas isso ainda me acontece...

Entrevistadora – E acho agora que isso é o que menos importa como tu dizes...

Entrevistada – Isso são as pessoas a começarem a pôr o pé no bloco. É o primeiro degrau.

Entrevistadora – O nosso problema é, ele vai-me pedir um ferro por este nome e eu não sei o que é que ele me está a pedir. Quando há outras formas depois... mesmo quando tu tiveres muita experiência, tu vais ver que eles vão pedir coisas... cada um depois pede o seu nome...

Entrevistada – Uma estratégia minha às vezes quando eu estou mesmo muito insegura, eu peço uma caneta dermatográfica e escrevo na mesa.

Entrevistadora – Sim, ou isso. É uma possibilidade. Não tem problema e demonstra interesse em aprender e não terem de repetir não sei quantas vezes e tu consegues dar resposta.

Entrevistada – Já me disseram a mim, na valência Z “estás a meter a mesa mal”. Sempre meti uma mesa na valência X e Y, que são mesas que são completamente diferentes de uma mesa na valência Z, ou penso eu que das outras valências. Há valências que terão coisas como na disposição da mesa que serão parecidas, mas que nas valências X e Y são completamente ao contrário. Nem tem nada a ver. Para mim foi uma aberração estarem-me a pedir para colocar as lâminas do lado esquerdo se eu colocava sempre do lado direito. Assim como na valência X em que as mesas são colocadas de uma maneira que é como eles pensam ser o melhor e mais adequado.

Entrevistadora – As mesas cirúrgicas essencialmente são colocadas de maneira que a instrumentista consiga dar uma resposta rápida e eficiente ao pedido. É lógico que há regras que tu não podes falhar, não podes colocar as pinças com as pontas para fora, há determinadas coisas que não se podem fazer, mas tudo o resto... E convém seguir algum padrão porque se tu fores rendida, quem vem a seguir não faz a mínima ideia onde estão os ferros. Tem que haver algum padrão, mas não é de todo errado, se te dá mais jeito a ti colocar canivetes, tesouras, pinças e a outra pessoa canivetes, pinças e depois as tesouras... É um bocadinho irrisório. Há quem ponha os mosquitos em cima... Há determinados passos que não é errado. Tens é que cumprir as regras básicas da colocação da mesa, mas não te podem dizer “A mesa está mal colocada”. É a tua adaptação, é a maneira como a ti te dá mais jeito, és tu que vais instrumentar... Ninguém tem que mexer na mesa, apenas tu. O cirurgião não tem nada que ir lá buscar ferros, portanto... Se tu fores rendida, então aí é que deves ter o cuidado de deixar a mesa de forma a que quem vem esteja a mesa colocada da forma a que se está habituado na valência. Existem alguns parões, mas não significa que não possas adaptar à tua realidade. Não se pode é dizer que a mesa está mal colocada, a não ser que não cumpra as regras base.

Entrevistada – Assim como também já me obrigaram a colocar uma ebonite no meio das pernas do doente para colocar lá as compressas, que não dava jeito nenhum, mas só para não ouvir, obviamente que coloquei.

Entrevistadora – (Riso)

Entrevistada – Quando ela me disse aquilo pensei que estava a gozar comigo. (Riso) Eu ainda disse “Mas eu não quero a ebonite aqui” mas a resposta foi “Tens que pôr! As coisas são para ser cumpridas. Tens que ter brio profissional”.(Riso)

Entrevistadora – (Riso). Mais alguma coisa a acrescentar? Que te lembres.

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Vai-me ser muito útil a tua entrevista...

Entrevistada – Acho que tem que se mudar muita coisa, o problema é que tem que se mudar desde o início. Aquela imagem do queijo Suíço, não é? O encadeamento dos buracos... É que nós temos todas as coisas para as coisas correrem mal. E depois às vezes existe um desgraçado que entra no primeiro buraco e que vai correr mal. E acho que foi isso que me aconteceu... e que tem que desistir de sonhos, por causa disto.

Entrevistadora – Há muita coisa que não facilita a integração: a falta de gente, muitas vezes pela falta de gente temos que ir retirar, erradamente, e devia “ser proibido” mexer em quem está de integração. (Riso)

Entrevistada – A minha pergunta é: nós somos só enfermeiros, mas se calhar é por causa disto também que nunca se muda nada... Existe falta de pessoas, fecha-se uma sala! Não á a remediar... estamos constantemente a remediar... não se remedeiam pessoas, não se remedeiam cuidados e aqui assiste-se a isso. Eu estou constantemente, eu vejo constantemente a remediar. Quer dizer, isto não é cozer nada, são pessoas, são cuidados... Então, se não há enfermeiros suficientes, se aquela pessoa não está há tempo suficiente e integrada, a sala fecha. E não é isto que acontece, porque a sala tem sempre que abrir. Então, quando o anestesista falta, vem outro fazer uma perninha à outra sala? É que eu acho que não... Isto acontecia mais vezes quando eu iniciei a integração em anestesia e tinha á integração em recobro, que ia fazer a anestesia na sala, enquanto o outro não chegava ou a que amamentava só chegava às dez e às dez eu saia da sala para ir para o recobro, e acho isto uma falta de...

Entrevistadora – É isso que eu estou a dizer. Um dos problemas é a falta de gente e ainda por cima para tentar solucionar esse problema, vai-se fazer com que as pessoas que estão a fazer a integração deem um passo a trás. Quando finalmente pensam, “Há finalmente estou a circular, eu sou capaz, afinal eu estou a avançar”, não... agora vais outra vez para a anestesia. E a pessoa pensa “Afinal eu ainda não valho nada, ainda não sei fazer nada, porque afinal quando falta gente e eu começo a dar um passo para a frente, eu tenho que voltar outra vez para o mesmo sítio”.

Entrevistada – Há aí uma sugestão que eu gostava de dar. Eu acho que era importante haver um gestor de enfermagem, que ficasse exatamente responsável por isso, um responsável pela integração das pessoas, aliás supostamente, dei isso na escola, devíamos ter um gestor, alguém com quem falar, o bloco tem um ambiente stressante e se calhar partilhar as nossas dúvidas e os nossos medos, e também o que é que estamos a sentir em relação aos colegas e à integração. Era importante ser feito.

Entrevistadora – Muitas vezes não é fácil resolver os problemas da parte da gestão, ou seja, não se conseguir pôr gente e depois dar esse passo de cancelar cirurgias, e dificilmente se consegue resolver. Só mesmo tirando pessoas de algum lado. Se estão duas pessoas, tira-se uma e a outra dá um passo a trás. Estavas a instrumentar, passas para circular, ou passas para a anestesia, que não é o correto de todo, não deveria acontecer nunca, mas não há outra solução. Mais fácil de resolver é arranjar forma de apresentar pelo menos quem está em integração “este é o teu integrador, se não estiver este, é este, mas estas duas pessoas são responsáveis pela tua integração”. Uma das coisas que é fácil de resolver e que não poderia não existir, são as avaliações, que é avançar com alguém de anestesia para circulação, sem perguntar se está capaz, nem ao próprio, nem a quem está a integrar.

Portanto, as pessoas que estão a integrar desmoralizam, desmotivam “Assim não vale a pena, não estou aqui a fazer nada, ninguém me vem perguntar se ela está capaz ou não, então a minha opinião não vale nada, então ela que se amanehe...”. Então quem está a integrar está completamente desmoralizado e desmotivado e não saber se tu estás em integração ou não estás em integração, se estudas em casa, se estudas aqui, é igual. Quem está a ser integrado sente que é uma falta de respeito por parte dos outros, que ninguém lhe liga nenhuma “Eu não estou aqui a fazer nada, porque eu não sou nada nem ninguém, ninguém me liga nenhuma, eu nem sei quem é que está comigo...”.

Entrevistada – Exatamente!

Entrevistadora – Logo aí, o chamado processo de integração que engloba pelo menos duas pessoas, não é um grupo com dois elementos, são dois elementos sem estar dentro de um grupo, porque tu não estás acompanhada, o outro não te acompanha, e lá está a bola de neve a crescer novamente e devia-se começar por aí. Não é fácil, mas há coisas que se deveriam tentar mudar e tentar colocar as pessoas no mesmo horário, se estão de manhã, estão as duas de manhã, se estão de tarde... que não é fácil, com um grupo de quase 60 pessoas, não é fácil. Outro problema é que entrou muita gente nova e é muita gente de integração ao mesmo tempo e para conseguir avançar com estas um bocadinho para conseguirem dar algum tipo de resposta, as outras vão ter que ficar paradas.

Entrevistada – Mas por exemplo a enfermeira H ainda não tem integração em nada... como é que é possível.

Entrevistadora – Já falei sobre isso e para mim não faz o mínimo sentido, em especial uma pessoa que investiu na área da instrumentação, está há dois anos praticamente de anestesia...

Entrevistada – Exatamente... e é única. Isto não se faz.

Entrevistadora – Foi uma pessoa que já entrevistei exatamente por considerar que era uma pessoa que devia ser ouvida, assim como tu, que conheço alguns dos teus problemas e penso que vale a pena ouvir-te e conhece-los. É exatamente isso que eu quero, não que me venham dizer que isto é tudo maravilhoso, quando eu sei que não é. Isto é uma área que eu acho que já devia ter sido trabalhada há muito tempo, até porque me fez confusão não ser trabalhada e que vejo que as integrações agora não têm nada a ver com aquilo que me foram feitas a mim.

Entrevistada – Exatamente. Antigamente também havia falta de pessoal e isto não existia.

Entrevistadora – Quando eu vim para cá, fazia 42 horas por haver falta de gente, seguia turnos muitas vezes, fazia 3 e 4 prolongamentos por semana, mas eu tive uma integração de 2 anos na Neurocirurgia, uns 3 na Plástica, onde fiquei depois como responsável, tive uma integração de muito tempo em cada valência. E eu sinto-me à vontade, e ainda agora não vou muito às salas, posso dizer que é raro, mas posso dizer que não me importo de ir instrumentar um aneurisma, porque me sinto perfeitamente à vontade. Eu tive uma base tão sólida que para mim não tenho problema.

Entrevistada – Outra coisa é que existem cirurgias que eu considero que deveria de saber, porque eu faço parte de uma equipa de urgência e que se em vez de pensarem “se ela está na urgência tem de saber fazer”, é exatamente onde existem mais lacunas. Eu não sei fazer uma cirurgia C da valência X, e que pode voltar à sala numa noite, e eu estou cá a fazer noite, eu não sei fazer uma cirurgia C da

valência Y, porque nunca ninguém se interessou que eu fosse aprender a fazer, e eu faço fins de semana e noites, e nunca ninguém se interessou “não a enfermeira X tem obrigatoriamente que saber fazer uma cirurgia C da valência Z, porque é o mais prevalente nessa valência na equipa de urgência”. O que é que me interessa a mim dizerem “A enfermeira X está integrada na valência Y e Z, que é o mais importante”, quando eu não sei fazer as cirurgias que vêm de urgência. Eu sei fazer algumas cirurgias da valência Y, mas não sei fazer outras. Temos fins de semanas em que vêm essas cirurgias específicas e eu não sei fazer. Muitas das vezes, o que eu combinei com a minha equipa, é que sempre que haja cirurgias destas que eu vá para a mesa, e que a desgraçada que está a circular se cole a mim. Ou então, quando há uma cirurgia X, a pessoa que está de chamada, vem fica e entra comigo para a mesa. Mas quer dizer, isto são sacrifícios e coisas que sou eu que estou a pensar. Pelo bem desta instituição e que não é reconhecido.

Entrevistadora – Tudo o que é feito com esforço e que não é reconhecido, é uma flecha lançada e a pessoa vai desmoralizando até que chega a fase em que não quer saber, nem fazer, deixa andar. Já uma das colegas que entrevistei disse (ela quer avançar nos seus processos de integração e não consegue, segundo ela está sempre na mesma valência) “Não podem depois exigir que eu faça roulement quando eu não estou integrada nas valências em que eu quero estar e não estou porque o serviço não deixa. Se o serviço não me deixa fazer integração na valência tal, não me podem depois colocar a fazer roulement e obrigar-me a fazer cirurgias nessa valência onde eu não sei dar resposta. Não podem exigir aquilo que eu não consigo dar e não tenho possibilidade de aprender.”

Entrevistada – Tem a sorte de ter esta chefe, se tivesse a chefe anterior ia na mesma, porque eu não tinha integração nenhuma e comecei a fazer roulement rapidamente. Eu só tinha uma integração na valência X e eu não sabia pôr um cateter central nem uma linha arterial. E eu fui fazer o roulement assim.

Entrevistadora – A ideia é sempre, se sabe pouco fica de anestesia. O problema é quando a outra pessoa que também está no roulement, também só sabe de anestesia. Logo aí mete-se um problema.

Entrevistada – E depois mete-se outro problema, muitas vezes a anestesia é o pior sítio para se ficar. Há pouco tempo tivemos uma cirurgia da valência Y e fizemos 5 unidades de sangue, tudo à seringa, uma de plaquetas, 4 de plasma, bicarbonato, tudo e mais um par de botas e se a pessoa não tem segurança, começa a chorar ou desespera... Ou não dá resposta, ou foge, não é?

Entrevistadora – Sim e a anestesista a pedir tudo ao mesmo tempo...

Entrevistada – Sim, com dois anestesistas aos gritos a chamar por mim... E eu estava no recobro. Mas depois na avaliação dizem-me a mim, como já me disseram várias vezes que não tenho perfil para estar no bloco. E eu respondo que “Pois eu só tenho perfil para fazer os turnos que ninguém quer, o horário que ninguém quer e ser chamada para dar resposta àquilo que ninguém lhe apetece. Isso eu já tenho perfil.” Para bloco claro que não tenho.

Entrevistadora – Muita coisa há a mudar, certamente que a tua entrevista me vai ser muito útil nessa área e espero conseguir melhorar alguma coisa.

Entrevistada – Espero que sim. Boa sorte. (Riso)

Entrevistadora – Vou precisar, obrigada. (Riso)

Entrevista 10

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela tua disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Todas as informações aqui recolhidas são de carácter confidencial, podes falar em valências em que estás integrada, que colocarei valência “X” para que não sejas identificada e não se perceba quem está a ser entrevistado. Autorizas a gravação?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Caso seja necessário, eu depois vou disponibilizar a entrevista toda transcrita para papel para que possas ler e dizer se era ou não o que querias dizer ou se não queres que determinada parte apareça. Podes depois mudar, dou-te para ler e dizes-me se está tudo como pretendias dizer. Queres colocar alguma questão antes de começarmos?

Entrevistada – Não

Entrevistadora – Então vamos... Relativamente ao teu percurso profissional, nomeadamente a experiência em bloco operatório, trabalhas há quantos anos?

Entrevistada – 10 anos

Entrevistadora – E tempo de exercício em bloco operatório?

Entrevistada – Aaaa... 2 anos e 3 meses.

Entrevistadora – Neste bloco? Não tinhas experiência antes?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Não tinhas experiência prévia antes de vires para este serviço. De forma a compreender a integração que tiveste no bloco operatório, conta-me como é que decorreu o teu período de integração, as dificuldades que tiveste, se é que sentiste, como é que as conseguiste ultrapassar e eu passo a colocar algumas questões para ser mais fácil orientares-te. Por exemplo na primeira fase de integração – a fase de acolhimento e observação quanto tempo é que tiveste?

Entrevistada – Acolhimento e observação?

Entrevistadora – Sem ser sequer de anestesia ou de recobro, é o que a AESOP chama de fase de socialização, conhecimento das instalações, do pessoal que cá trabalha...

Entrevistada – Foi no primeiro dia...

Entrevistadora – Um dia?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Ok. Depois passaste para a segunda fase, enfermeiro de apoio à anestesia ou começaste pelo recobro?

Entrevistada – Pelo recobro.

Entrevistadora – Achas que foi importante começar pelo recobro ou se pudesses escolher agora que tens conhecimento de salas e de recobro o que é que achas que tinha corrido melhor? Começar por salas ou por recobro?

Entrevistada – Começaria na mesma pelo recobro que acho que é um bom sítio para conhecer a dinâmica do bloco, conhecer as pessoas...

Entrevistadora – Achas que é mais fácil então continuar assim, fazer integrações primeiro no recobro e depois passar para salas.

Entrevistada – Sim. Na minha perspetiva sim.

Entrevistadora – E tiveste quanto tempo em recobro?

Entrevistada – 3 Meses.

Entrevistadora – Sempre acompanhada?

Entrevistada – Sempre acompanhada!

Entrevistadora – Sempre a contar como elemento a mais?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Acompanhada pelas colegas, mas estavas a contar como elemento.

Entrevistada – Passei a contar como elemento ao fim de 15 dias, duas semanas.

Entrevistadora – Então só tiveste duas semanas a contar como elemento extra.

Entrevistada – Sim. Extra.

Entrevistadora – Achas que foi pouco, foi suficiente.

Entrevistada – Acho que foi suficiente face à experiência que já tinha.

Entrevistadora – Pois, de enfermaria. Com experiência em enfermaria é efetivamente mais fácil. Então achas que quem tem experiência de enfermaria, duas semanas de integração é suficiente?

Entrevistada – Eu acho que sim. Dependendo das dificuldades de cada um, obviamente, mas penso que duas semanas é suficiente.

Entrevistadora – E depois achas que o tempo que lá tiveste até completar esses três meses, já estando integrada, já te sentindo integrada, para cimentar os conhecimentos, esses três meses chegam? Achas que devia ser mais ou menos?

Entrevistada – Eu acho que em recobro é suficiente.

Entrevistadora – Dá para perceber as diversas cirurgias das valências que vão chegando.

Entrevistada – Sim, sim.

Entrevistadora – Depois passaste então para uma valência cirúrgica.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Começaste pela anestesia?

Entrevistada – Sim. Anestesia na valência “X”.

Entrevistadora – E depois circulação e depois instrumentação?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Achas que este percurso: anestesia, circulação e instrumentação, também é o ideal?

Entrevistada – Acho que sim.

Entrevistadora – É o mais fácil?

Entrevistada – Sim, é o mais lógico.

Entrevistadora – Principais dificuldades na anestesia? Se é que tiveste. Podes ter sentido mais dificuldades na circulação ou na instrumentação...

Entrevistada – (sorriso) É assim... Eu acho que as dificuldades, uma pessoa também vai ultrapassando porque tem muito trabalho de casa para fazer, não é? Portanto, há que estudar, há que perder algum tempo em casa a pesquisar, para complementar com o trabalho aqui, porque não é suficiente...

Entrevistadora – Só vir aqui, ver os procedimentos e as cirurgias não chega...

Entrevistada – Sim, não chega. Especialmente a manipulação de fármacos, que na enfermaria não estamos muito habituados.

Entrevistadora – Nem são este tipo de fármacos que se utilizam...

Entrevistada – Exatamente! A nível de técnica, na anestesia, eu penso que o trabalho em conjunto com outra pessoa com experiência é suficiente. Agora tem que ser sempre complementado com trabalho extra.

Entrevistadora – Estiveste mais ou menos quanto tempo acompanhada? Como elemento a mais de anestesia.

Entrevistada – Isso é que eu já não sei precisar... Talvez um mês... três semanas... duas semanas.

Entrevistadora – A contar como elemento extra.

Entrevistada – Sim, a contar como extra mas não foi todos os dias, não foi seguido.

Entrevistadora – Porque o teu horário não era seguido ou porque te iam buscar por falta de gente?

Entrevistada – Porque muitas vezes havia falta de elementos e era preciso voltar ao recobro para reorganizar a equipa.

Entrevistadora – Levavam-te para outro posto em que estavas integrada ou ficavas a contar como elemento mesmo sem estares integrada? Isso não aconteceu?

Entrevistada – Não. Isso não aconteceu. Esporadicamente nas rendições de almoço. Esporadicamente.

Entrevistadora – Mas de resto, por falta de gente, e não é correto ir buscar as pessoas que estão de integração, mas quando tem que ser, ias para um posto em que estavas integrada. Não ficavas a contar sem estar acompanhada.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Depois passaste para a circulação. Também acompanhada?

Entrevistada – Também acompanhada. No mesmo registo, portanto uma vez que já estava integrada em anestesia, quando era necessário voltava ao passo atrás.

Entrevistadora – E sentiste que foram muitas vezes seguidas, que se devia resolver de outra forma que não ir buscar as pessoas que estão em integração. Sentes que quebra a integração? O que é que achas?

Entrevistada – É óbvio que quebra a integração e para além disso desmotiva. Cada vez que te sentes mais confiante, se te vão buscar para um posto em que já estás integrada, é porque afinal não estás capaz.

Entrevistadora – Então, há que resolver de outra forma que não indo buscar quem está de integração.

Entrevistada – Lá está, eu acho que não deveria acontecer, mas claro que se não há outra solução... são as vicissitudes... (riso)

Entrevistadora – Depois passaste para a fase de instrumentação. Nessa valência no global estiveste quanto tempo de integração?

Entrevistada – Aaaaa... Cinco meses. Cinco, seis meses...

Entrevistadora – Cinco meses numa primeira valência cirúrgica.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Sentes que foi o suficiente, ou achavas que precisavas de mais tempo?

Entrevistada – Acho que foi o suficiente.

Entrevistadora – Segundo a AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas), os enfermeiros sem experiência profissional, que vêm diretamente da escola para o bloco operatório, deverão ter um ano e meio de integração. Quem tem experiência profissional que não seja em bloco operatório, um ano de integração. E quem tem experiência em bloco operatório, 6

meses de integração no novo serviço. No entanto, cada pessoa é uma pessoa e tem os seus tempos de aprendizagem e estes tempos devem ser ajustáveis, claro.

Entrevistada – Um ano de integração numa valência?

Entrevistadora – Numa valência. Até que o enfermeiro consiga dar resposta plena a todos os objetivos propostos. Sentes que 5 meses é suficiente? As pessoas aprendem de formas diferentes. O facto de ficar mais tempo de integração numa valência não significa que seja um mau profissional. Significa que leva mais tempo a aprender.

Entrevistada – Exatamente. Não, até porque a pessoa pode ter dificuldades noutra valência e vir a precisar de mais tempo. Eu achei que 5 meses foi suficiente.

Entrevistadora – Então as principais dificuldades foram essencialmente o teres que ser levada para outros postos de trabalho por falta de gente e teres que interromper a integração.

Entrevistada – Sim, sim!

Entrevistadora – De resto, mais nada? As outras de almoço se calhar eram piores porque estavas a contar como elemento... Mas sentias apoio dos colegas?

Entrevistada – Sim. Eu acho que também seria importante durante esses primeiros meses de integração ter sempre o mesmo horário. Porque o facto de termos esta rotatividade de horários, também não dá grande estabilidade.

Entrevistadora – Um dia fazes manhã, noutro estás de tarde já não podes fazer integração.

Entrevistada – Sim, já fazes recobro... precisamente. Portanto, no fundo esses 5, 6 meses, foi mais ou menos isso, não corresponderam a X semanas vezes 5 dias. Não é?

Entrevistadora – Foi menos que isso.

Entrevistada – Foi muito menos que isso. Lá está, devido à rotatividade de horários que temos.

Entrevistadora – Começaste logo a fazer tardes muito cedo?

Entrevistada – Sim. Sim, comecei logo...

Entrevistadora – De resto mais nada? Podemos continuar?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Conheces o plano de integração das várias valências que existem? Foi-te apresentado alguma vez?

Entrevistada – Das várias, confesso que não. Conheço da valência X.

Entrevistadora – Do recobro foi-te apresentado?

Entrevistada – Sim, foi.

Entrevistadora – Tens integração em quantas valências?

Entrevistada – Duas. Recobro e duas valências.

Entrevistadora – Duma das valências falaram do plano de integração, da outra não.

Entrevistada – Ou talvez não tenha prestado atenção mas acho que não. (Riso)

Entrevistadora – A probabilidade é grande de ser não e talvez tenha uma justificação. Pelo menos da parte de quem integra. Está muito cingido a tempos... também não quero adiantar pois quero ouvir a tua opinião primeiro... Para não estar a influenciar. Dos planos que te deram a conhecer, achas que ajudam, vale a pena existirem planos de integração que orientem as pessoas que estão em integração? O que achas?

Entrevistada – Acho que vale a pena existirem, claro. Mas são meramente indicativos, porque isso depende muito das circunstâncias, da pessoa ou do tipo de cirurgias que surgem.

Entrevistadora – De que forma é que achas que eles ajudam? São compostos por objetivos e indicam tempos de integração.

Entrevistada – Eu acho que ajuda no sentido em que a pessoa pode ir lendo e pode perceber em que fase é que está e o que é que precisa ainda de desenvolver. No que é que precisa de insistir.

Entrevistadora – Naquela fase, naquela área o que é que deveria conseguir fazer.

Entrevistada – Exato. Claro.

Entrevistadora – Uma das principais queixas é que estão muito cingidos a tempos, por exemplo dois meses de anestesia, um mês a circular... e não dá.

Entrevistada –Concordo.

Entrevistadora –Uma vez que quem está a integrar não consegue seguir aqueles “*timings*” por vezes não mostra o plano para não estar a baralhar quem está, ou seja, “a gente devia estar aqui e ela ainda não me falou disto... Então?”. Pode ter a ver com os tempos que se calhar não são os corretos. Exatamente porque as pessoas não fazem sempre o mesmo horário, são chamadas para outros postos quando deveriam estar só naquele... Vários fatores. O que achas?

Entrevistada – Acho que faz mais sentido atingir objetivos do que planear “*timings*”.

Entrevistadora – Exatamente. Ter um plano de integração por objetivos e não por tempos. Eu também estou a colocar estas questões porque existe um plano de integração para cada valência mais um para o recobro. Ou seja, tu se num ano tiveres feito duas valências e recobro, três vezes vais ler... o recobro é diferente dos das salas, mas os outros são todos parecidos, senão iguais. Faz sentido haver um para cada valência ou achas que era benéfico haver um plano de integração para todo o bloco, para todas as valências e no final poderia ter as especificidades de cada valência uma vez que é tudo muito parecido? De grosso modo, a maior parte do plano de integração é igual para todas as valências e ter então umas especificidades no fim.

Entrevistada – Sim. Estou a perceber. Porque é assim, lá está, como eu não conheço bem os planos de integração de cada especialidade, portanto, não consigo avaliar. Mas se de facto o plano é todo

muito semelhante, se calhar faz sentido existir um tronco comum e depois especificidades para cada especialidade.

Entrevistadora – Exato. Relativamente às reuniões periódicas feitas com a enfermeira chefe, quem te estava a integrar e tu? De forma a aferir o que era necessário melhorar, fizeste reuniões de integração?

Entrevistada – Fiz sim senhor.

Entrevistadora – Muitas? Fizeste o que está preconizado? Seriam reuniões intermédias? Portanto, foste entregue a alguém do género “está a qui a enfermeira X, esta será a enfermeira que estará contigo”; foste entregue a uma pessoa, disseram que ias ficar com ela?

Entrevistada – Sim, com a responsável da valência.

Entrevistadora – Exato. Mas quem te iria integrar sabia que ia ficar contigo e integrar-te. E foi feita reunião intermédia com a chefe, por exemplo a meio da fase de integração na anestesia, cerca de um mês depois?

Entrevistada – Foi.

Entrevistadora –E no final só passaste para circular quando já tinhas falado com a chefe e com a integradora? E a mesma coisa para instrumentar?

Entrevistada – Aaaa... Eu fiz reuniões intercalares, lá está, fiz de avaliação da anestesia, da circulação e da instrumentação que foi coincidente com a avaliação anual. Depois não fiz mais nenhuma.

Entrevistadora – Quando foi para mudar para outra valência perguntaram a ti e a quem te estava a integrar se já estavas capaz de passar para a valência seguinte?

Entrevistada – Lá está, que eu saiba não.

Entrevistadora – Mas deverias saber porque era contigo. O correto era ser a chefe, o integrador e a pessoa em integração.

Entrevistada – Eu penso que deverá ter havido essa conversa entre elas. Saber se já estava apta para mudar de valência.

Entrevistadora – De anestesia, circulação e instrumentação fizeram. Mas depois para mudar de valência não fizeram contigo, podem ter feito entre elas.

Entrevistada – Sim, informalmente.

Entrevistadora – Tens algumas sugestões que permitam melhorar os diferentes planos de integração, a forma como deveria ser feita a integração neste bloco operatório? Alguma sugestão?

Entrevistada – (riso)

Entrevistadora – Além de começar pelo recobro e depois seguir para as salas; começar pela anestesia, passar para a circulação e depois a instrumentação; ficar acompanhada...

Entrevistada – Eu acho que a questão do horário para mim é um fator importante.

Entrevistadora – Fazer manhãs só?

Entrevistada – Sim, exato.

Entrevistadora - Podiam ser com prolongamentos, mas é muito importante ser sempre manhã.

Entrevistada – Sim. Acho que sim. Existir o número de elementos necessário para permitir que as integrações sejam feitas de modo contínuo.

Entrevistadora – Num elemento em integração não deve ser interrompida a integração para colmatar uma falta...

Entrevistada – Assim que me lembre. Talvez estas duas questões sejam importantes.

Entrevistadora – Já são ideias novas. Conheces o manual de procedimentos do serviço? O dossier com os procedimentos que existem?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Costumas consultá-lo?

Entrevistada – Às vezes.

Entrevistadora – Quando o usas é em que circunstâncias?

Entrevistada – No planeamento da cirurgia, no dia anterior.

Entrevistadora – Regra geral para fazer o carro de circulante?

Entrevistada – Sim, ou às vezes quando há alguma dúvida relacionada com a cirurgia seguinte.

Entrevistadora – Cirurgias que faças menos e em que te sintas menos à vontade.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Principais dificuldades, se é que sentiste, quando utilizas o manual de procedimentos. Achas que há alguma coisa que melhoravas? Está de fácil acesso?

Entrevistada – Sim. Está com uma linguagem adequada. Está adequado...

Entrevistadora – Estou a perguntar pois surgiu a ideia de se fazerem vídeos com os resumos das principais cirurgias efetuadas por valência, que se encontrassem também disponíveis na intranet, de forma a facilitar as integrações no bloco operatório. Sabes que existem também os procedimentos na intranet?

Entrevistada – Sei.

Entrevistadora – Costumas usar? Costumas ter acesso?

Entrevistada – Não. Costumo usar mais o suporte de papel.

Entrevistadora – Não usas o da intranet porquê?

Entrevistada – Porque o manual em papel está disponível...

Entrevistadora – De mais fácil acesso?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Uma das queixas é que não é fácil chegar aos procedimentos que estão na intranet, tem que se passar por várias partes da aplicação. Não é intuitiva a sua utilização, não estão de fácil acesso.

Entrevistada – Acho que tem mais a ver com a disponibilidade do registo em papel.

Entrevistadora – A ideia dos vídeos o que é que achas? Achas que ia ajudar? Seriam vídeos curtos para cada cirurgia por valência em que era apresentada uma parte da anatomia; depois os procedimentos cirúrgicos, também tudo muito esquemático; a mesa operatória; se fosse material com instrumental específico, qual o material a utilizar; a disposição das mesas cirúrgicas, onde é que a instrumentista se dispõe em relação ao cirurgião e à cirurgia; os “*trolleys*”... esses pormenores todos. Achas que ajudava? Estaria disponível na intranet.

Entrevistada – Eu acho que pode ser uma boa ideia. Poderia ajudar. No entanto, cada equipa muitas vezes tem as suas particularidades. Ok, para a pessoa ter uma ideia, a noção do que é que vai acontecer

Entrevistadora – Sim, mas nesse caso seria feito no vídeo da seguinte forma: “para a equipa X deverá fazer-se assim, para a equipa Y de outra forma...”

Entrevistada – Sim, sim, sim.

Entrevistadora – Se for possível achas que era uma boa ideia e que iria ajudar.

Entrevistada – Acho que é uma ótima ideia. (riso)

Entrevistadora – Não dá é para ter acesso em casa... Mas se desse por exemplo para tirar com uma *pen* tal como os procedimentos que estão na intranet, estão em PDF e também dão para tirar e ver em caso. Podia-se tentar que desse.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Mais alguma coisa a acrescentar?

Entrevistada – Não

Entrevistadora – Vai ser muito útil o teu depoimento. Muito obrigada pela colaboração.

Entrevista 11

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela tua disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Realço que todas as informações aqui recolhidas são de carácter confidencial, não será nunca atribuído o teu nome e a entrevista não será associada a ti. Autorizas a gravação?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Caso seja necessário, eu depois vou disponibilizar a entrevista toda transcrita para papel para que possas ler e dizer se era ou não o que querias dizer ou se não queres que determinada parte apareça. Queres colocar alguma questão antes de começarmos?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Então vamos a isto. De forma a conseguir perceber o teu percurso profissional, qual é o teu tempo de exercício profissional? Trabalhas há quantos anos?

Entrevistada – Há 6 anos.

Entrevistadora – Sempre em bloco operatório?

Entrevistada – Há 4 anos em bloco operatório.

Entrevistadora – E os outros 2 em enfermaria?

Entrevistada – Os outros 2 sim, em enfermaria.

Entrevistadora – 2 anos de enfermaria e 4 de bloco. Quanto tempo de exercício profissional neste bloco operatório?

Entrevistada – 2 anos.

Entrevistadora – Já tinhas experiência então de desempenho de funções em bloco?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Passando agora para o grande tema da integração em bloco operatório, como é que decorreu o teu período de integração aqui no bloco? As dificuldades que tiveste, como é que as ultrapassaste, quanto tempo de duração... Eu vou-te colocando algumas questões, que se calhar é mais fácil.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Quanto tempo de duração é que teve o teu período de integração na primeira fase, que a AESOP estipula como sendo a fase de acolhimento e de observação, aquela que é chamada a fase de socialização, em que tomas conhecimento do espaço, onde é que ficam as salas, o que é que se faz e onde, as pessoas que cá trabalham, és apresentada à equipa médica enfermeiros, auxiliares... Quanto tempo é que estiveste nesse período de integração na primeira fase?

Entrevistada – Talvez cerca de 1 mês... Quando entrei.

Entrevistadora – Isso foi logo depois para uma valência, mas o tempo em que não estavas a fazer nenhuma atividade, estavas só a conhecer o espaço e as pessoas. Estiveste algum dia, chegaste cá apresentaram-te e foste logo para algum posto de trabalho?

Entrevistada – Eu cheguei cá e estive um dia sim, estiveram a apresentar-me, uma enfermeira esteve a apresentar-me o serviço e o pessoal que estava cá nesse dia.

Entrevistadora – E nesse dia não trabalhaste, ficaste só a observar?

Entrevistada – Exatamente, fiquei só a observar.

Entrevistadora – E fizeste o curso de integração ao hospital?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Não foste nunca chamada para esse curso?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Ok. Escapou, pois deverias ter feito... Quanto tempo de duração é que teve o teu período de integração na 2ª fase? Antes de mais começaste pelo recobro ou pelo bloco?

Entrevistada – Pelo bloco.

Entrevistadora – Estiveste quanto tempo de apoio à anestesia? Na integração na 1ª fase.

Entrevistada – Só de apoio à anestesia? Muito tempo! Talvez no primeiro ano e meio, porque também tive um contrato um bocado diferente. Entrei inicialmente a prestação de serviços e depois passei a contrato ao final de um ano e meio de estar cá. Durante esse ano e meio, fiz apenas apoio à anestesia que era onde eu tinha mais experiência de onde já vinha. Portanto nessa segunda fase sim, um ano e meio.

Entrevistadora – Então estás cá há dois anos e estiveste cerca de um ano e meio de apoio à anestesia?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – E qual é a tua perceção? Achas que foi o ideal, que é tempo a mais...?

Entrevistada – Eu acho que pelo menos para mim, como já vinha com alguma experiência, acho que foi um bocadinho de tempo a mais, se bem que acabamos por ter aqui algumas dificuldades que não encontrava no outro sítio onde estava, nomeadamente cirurgias mais complicadas e da parte da anestesia é sempre necessário fazer essa integração. Achei sinceramente que foi tempo se calhar

demasiado, mas ao mesmo tempo também adequado porque há coisas muito complicadas nomeadamente na parte da valência X que é uma das valências onde estou há mais tempo. A parte da anestesia requer muito... muitos conhecimentos.

Entrevistadora – Estiveste sempre afeta praticamente a uma valência? Ou já estiveste em mais do que uma valência?

Entrevistada – Já estive em mais que uma, de anestesia já consegui passar por todas as valências, mas estou sempre bastante mais na valência X.

Entrevistadora – Então, nessa primeira valência em que estás, estás há uma ano e meio de anestesia. Gostavas de progredir nas restantes áreas cirúrgicas? Na circulação e instrumentação ou é por ti que queres continuar na anestesia?

Entrevistada – Não. Gostava de progredir. Sim.

Entrevistadora – Depois, quanto tempo de integração é que tiveste então de enfermeira circulante?

Entrevistada – Muito pouco tempo. Ainda estou a começara gora, há cerca de 4 meses que comecei, mas tem sido muito pouco por causa de não haver oportunidade

Entrevistadora – Por falta de gente?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Não estiveste nem no recobro então?

Entrevistada – Já estive também no recobro no início deste ano. Fiz duas semanas de integração no recobro.

Entrevistadora – E não voltaste lá?

Entrevistada – Vou lá esporadicamente.

Entrevistadora – Mas em termos de integração, estiveste duas semanas sozinha ou acompanhada?

Entrevistada – Estive duas semanas acompanhada.

Entrevistadora – Não chegaste a estar sozinha?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Estiveste duas semanas acompanhada e depois não chegaste a estar sozinha?

Entrevistada – Depois volto a estar lá esporadicamente... sozinha.

Entrevistadora – Estiveste as duas semanas acompanhada, nunca estiveste sozinha a consolidar conhecimentos e quando esporadicamente tens que lá voltar numa tarde ou assim, contas como elemento.

Entrevistada – Sim. Conto como elemento.

Entrevistadora – Então de integração tens recobro que é quase como se não tivesses...

Entrevistada – Sim, acabo por não ter uma integração assim tão grande. Era mais o *Know how* que trazia porque fazia muito recobro noutra instituição.

Entrevistadora – E a valência que tens também é só uma, só numa é que estás acompanhada. Estiveste quanto tempo acompanhada de anestesia no início, lembras-te? Mais ou menos.

Entrevistada – Muito pouco tempo, muito pouco tempo! Uma semana. Muito pouco tempo.

Entrevistadora – Depois de resto ficaste sempre sozinha?

Entrevistada – Sim, fiquei sempre sozinha porque era essa a necessidade do serviço.

Entrevistadora – Tu estraste há dois anos, estavas a falar do teu contrato, porque pode ser por aí, não é? Estavas a recibos verdes, e estás há quanto tempo sem ser a recibos verdes?

Entrevistada – Há 10 meses. Quase há um ano.

Entrevistadora – Desde Janeiro. Também já dava então para teres iniciado uma integração. Quanto tempo de duração na instrumentação? Nenhum, não é? Estás ainda na fase de circulação.

Entrevistada – Exato.

Entrevistadora – Então o que é que tu tens a dizer nesta parte da integração? O que é que achas, o que gostavas que mudasse ou que dificuldades é que sentiste e o que é que gostavas que mudasse para conseguires passar também pela circulação, pela instrumentação?

Entrevistada – Essencialmente que houvesse disponibilidade da parte do serviço, não é? Para conseguirmos ter uma integração que fosse contínua, porque aqui o que acontece é isso, os nossos horários às vezes também não nos permitem ter essa integração contínua, porque há dias em que temos que fazer tardes e nas tardes não há tantas cirurgias e nomeadamente na valência X é raro termos prolongamento, que é onde eu estou a iniciar a integração. E também não há todos os dias, o que dificulta ainda mais as coisas, mas essencialmente, acho que ter uma integração contínua, todos os dias, que o horário nos fosse um bocadinho mais facilitado nesse sentido, que houvesse também disponibilidade da parte dos nossos colegas, isso eu acho que há...

Entrevistadora – Dos integradores?

Entrevistada – Sim. Isso, pelo menos na valência X que é onde eu tenho mais experiência, acho que há muita disponibilidade. Os nossos colegas têm sido impecáveis, a sério.

Entrevistadora – Boa... isso é muito importante.

Entrevistada – Exato, eu acho que isso é muito importante. Pronto, mas essencialmente o grande problema é mesmo ter disponibilidade do serviço para que eu consiga estar acompanhada, ou seja, estar com um quarto elemento naquela sala a ser integrada continuamente, porque depois também fazer uma coisa hoje e depois daqui a duas semanas...

Entrevistadora – Não consegues...

Entrevistada – Não consigo acompanhar o ritmo e o ritmo é grande...

Entrevistadora – Exato. Essa parte do horário que estavas a referir, também já foi referido noutras entrevistas que eu fiz, e o que as pessoas dizem é exatamente isso, gostavam que estivessem sempre de manhãs, podiam até fazer “i”, mas pelo menos que fosse sempre de manhã. Basta fazer uma tarde, para já não conseguires...

Entrevistada – Sim, há os próprios “T6”...

Entrevistadora – Sim, os “T6” também, enquanto na manhã, mesmo que fosse um “i” estavas cá sempre de manhã e depois o período da tarde logo se via.

Entrevistada – Sim, depois o que podia acontecer era que no dia em que não há valência X, até podia fazer tarde, por exemplo.

Entrevistadora – Pois, ou isso... Ter essa atenção.

Entrevistada – Ter essa atenção. Às vezes calha eu estar cá de manhã e não há...

Entrevistadora – Exatamente. E quando vieste, quando foste entregue na valência apresentaram-te “Aqui está a enfermeira X, vais ficar com a enfermeira Y”. Fizeram-te isso ou tu não sabias, não foste entregue a ninguém, era quem lá estivesse...

Entrevistada – Não, era quem lá estivesse que ficava comigo.

Entrevistadora – Então tu não sabias quem era a tua integradora e a tua integradora nunca te assumiu como sendo alguém a quem estivesse a fazer integração?

Entrevistada – Acho que não, porque foi sempre também com pessoas diferentes que acabei por estar.

Entrevistadora – Essa é outra das queixas e não pode acontecer. Como é que há um processo de integração se ambas as partes não sabem? Tu não sabes quem te está a integrar e a integradora não sabe que te está a integrar...?

Entrevistada – Sim e isso é mau porque isso até pode ser um dos objetivos para a pessoa integrar alguém no serviço, por exemplo.

Entrevistadora – Também, exatamente...

Entrevistada – E eu acho que essa pessoa pode estar um pouco como formadora, a desempenhar esse papel e vai contar para os seus objetivos e se calhar do serviço futuramente. E acho que aqui tanto eu como ela estamos a perder...

Entrevistadora – E tu não consegues nunca envolver alguém num projeto se a própria pessoa não sabe que está lá a pertencer. Ora se ela não sabe que te está a integrar, como é que pode exigir que tu dês resposta, que tu consigas cumprir os objetivos... Não dá...

Entrevistada – E depois numa própria avaliação da pessoa não consegue propriamente fazê-la.

Entrevistadora – Exatamente... Podemos avançar?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Agora de acordo com o plano de integração de enfermeiros no bloco operatório central, o que é que sabes sobre o plano de integração no bloco? Alguma vez viste algum? Alguém te mostrou?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Lá está, se tu não foste entregue a uma pessoa, ninguém se sente na obrigação de te integrar, ninguém se sente na obrigação de te mostrar o plano de integração, dizer as metas que tens que atingir, porque tu não estás a cargo de ninguém.

Entrevistada – Exatamente.

Entrevistadora – É um dos problemas de não teres sido apresentada formalmente a ninguém. Portanto, não conheces o plano de integração de nenhuma valência? Nem das salas nem do recobro?

Entrevistada – Não. De integração não.

Entrevistadora – Ok. Sabes o que é um plano de integração, sabes pelo que é composto? É suposto estar minimamente balizado em tempos, mas a meu ver, era aí que eu queria perguntar a tua opinião, tem objetivos que têm que ser cumpridos, ou seja, tem uma parte que explica o que é que quem está de integração tem que atingir e depois diz mais ou menos *timings*, mas não deverá nunca estar muito balizado, porque cada um faz as coisas nos seus tempos, tem os seus momentos e tempos de aprendizagem que não são iguais para toda a gente e é essencialmente composto por objetivos que têm que ser atingidos e tem um momento de avaliação no fim em que a pessoa faz a sua auto avaliação e depois em conjunto com o integrador e com o chefe, vai-se ver se atingiu ou não. Tu achas que atingiste e depois o integrador diz “olha não estou de acordo, aqui não atingiste” ou “tu achas que aqui não atingiste, mas sim, atingiste” e só depois é que deverá passar à fase seguinte ou seja passar da anestesia para a circulação, depois de se saber se a pessoa está capaz de o fazer. Então isso também nunca aconteceu?

Entrevistada – Nunca.

Entrevistadora – Não viste o plano, nunca fizeste a folha de avaliação?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Nem conheces?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Nunca tiveste nenhuma reunião periódica com a chefe e com a integradora?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – A perguntar se está na altura de mudar, se já podes avançar para a circulação, se já podes começar a instrumentar?

Entrevistada – Não. Nunca tive nenhuma reunião dessas.

Entrevistadora – E achas que são importantes?

Entrevistada – Eu acho que são importantíssimas, sim.

Entrevistadora – Tens alguma sugestão de forma a melhorar os diferentes planos de integração? Não deves ter porque não os conheces, não é?

Entrevistada – Exatamente (Riso)

Entrevistadora – Esta pergunta surge porque os planos de integração existem para cada valência. A Cirurgia Geral tem um, a Neurocirurgia, ... portanto cada valência tem um e depois existe um no recobro e a minha ideia também era neste trabalho que eu estou a fazer arranjar um modelo geral para todos os planos e integração, uma vez que eles são todos iguais, praticamente. Há muito pouca coisa que difere de uma especialidade para outra. A minha proposta era fazer um plano de integração para o bloco, com as especificidades no final, em vários anexos para cada valência e a pessoa imagina... estás de integração na Geral, daqui a 3 meses ou 4 estás de integração na Neurocirurgia, escusas de estar sempre a ler a mesma coisa. Lias o geral e depois ias só ver a parte dos anexos do bloco. Era perguntar se achavas correto, se achavas melhor cada especialidade ter um e cada vez que vais para uma valência lê-lo. O que é que achavas que agilizava.

Entrevistada – Eu acho que era mais prático ser realmente um para todas as valências.

Entrevistadora – E depois haver as especificidades. Porque as avaliações são semelhantes em todos. Na anestesia, o momento de avaliação é igual, seja no ORL, na Vascular, ... Estar a ler aquilo tudo de novo... às vezes também cansa não só para quem está a explicar mas também quem está a ouvir ou a ler. Conheces o manual de procedimentos existente no serviço? Os dossiers com os procedimentos todos?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Costumas consultar?

Entrevistada – Agora sim, mais vezes. Nomeadamente quando estou a preparar os carros de circulação apoiava-me muito nesses manuais, e quando agora comecei a fazer um curso no exterior de instrumentação, também usei para algumas coisas.

Entrevistadora – O curso que tu estás a fazer é uma pós graduação de instrumentação. Não é uma pós graduação de anestesia?

Entrevistada – Não. É de instrumentação.

Entrevistadora – Isto para ficar claro que o que tu pretendes mesmo é avançar em termos de circulação e instrumentação e não ficar “estagnada” na anestesia. Essencialmente tu consultas esses dossiers quando estás a fazer os carros. Quando estavas de anestesia nunca sentiste necessidade ou achas que não há muitos procedimentos na área da anestesia?

Entrevistada – Primeiro acho que não há muitos, acho que há aí uma grande falta e nunca senti assim muita necessidade porque já trazia experiência.

Entrevistadora – Sim, e agora tens mais do que experiência aqui... (Riso). As principais dificuldades encontradas na visualização desse manual. Achas que está disponível, que tem os procedimentos que precisas, o que é que achas?

Entrevistada – Eu até acho que ele está bastante completo, pelo menos na valência em que eu tenho estado mais e até acho que está bastante atualizado. Tenho visto que os colegas têm atualizado periodicamente, não é? E que até está bastante completo. Pelo menos eu gosto de ir lá e tem-me ajudado imenso a preparar os carros.

Entrevistadora – E sabes que existe um manual de procedimentos online?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Não tens conhecimento... há muita gente que não tem conhecimento, por isso é que eu estou a perguntar. Os que têm conhecimento, uma das principais queixas é que não está de fácil acesso, o caminho até chegar aos procedimentos não é linear. Não é muito fácil. Eu estou também a falar desta parte dos procedimentos, porque surgiu a possibilidade de fazer vídeos com os resumos das principais cirurgias efetuadas por valência e que se encontrem disponíveis na intranet. Achas que facilitava?

Entrevistada – Sim. Eu por acaso noutra instituição onde já trabalhei, existia, nomeadamente na montagem dos equipamentos e isso era mesmo muito bom. Eu lembro-me nas percutâneas, aquilo era muito difícil, o lithoclast, montar tudo, e eu lembro que nós tínhamos um vídeo disso e então era muito mais rápido.

Entrevistadora – E o acesso a esses vídeos? Achas que deviam estar na intranet?

Entrevistada – Sim, sim.

Entrevistadora – E que estivesse gravado numa forma em que se fosse preciso até levar numa pen. Porque muitas vezes as queixas é que estão na sala e não dá para ver, não podem estar a perder tempo, ou se forem vídeos muito longos não dá. A minha ideia era fazer vídeos curtos, com os resumos das principais cirurgias, com a parte da anatomia, com o material necessário para fazer o carro de circulante, com o posicionamento do doente, com algumas partes da técnica cirúrgica, a localização da mesa da instrumentista e a forma de a colocar. Achas que ajudava?

Entrevistada – Eu acho. Isso era uma grande mais valia.

Entrevistadora – E quando é que tu consultas mais os procedimentos? Na véspera ou no dia?

Entrevistada – Na véspera. Então para veres também esses vídeos.

Entrevistadora – Então dava também para veres esses vídeos.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Tens mais alguma coisa a dizer? Em relação ao teu programa de integração? Coisas que queiras dizer para melhorar o processo de integração, que achas que esteja menos bem neste bloco.

Entrevistada – Eu acho que era mesmo o facto do horário, porque realmente as cirurgias eletivas, o grosso, é de manhã e eu acho que era muito importante termos um colega mais velho, com mais experiência que tivesse mais afeto a nós. Como um tutor, ou como nos estágios ou...

Entrevistadora – Ficares sempre com o mesmo enfermeiro ou que seja um ou dois, porque também é normal que eles tenham o horário deles e que o horário fosse semelhante...

Entrevistada – De referência, não é? Acho que isso era mesmo muito importante. Até porque depois há pessoas que estou mais aptas, mais afetas a isso, não é? A fazer integrações do que outras, e eu também tenho reparado nisso.

Entrevistadora – É o que sentes mais necessidade. Ter o mesmo horário e estar com alguém mais contigo do que passar por toda a gente, porque quem vem de novo depois também não sabe o que é que tu já sabes, não consegue estar... E que sentes que já estás preparada para avançar e não consegues...

Entrevistada – Porque há o entrave essencialmente dos horários e se calhar também agora de falta de pessoal, com pessoal a integrar-se.

Entrevistadora – Exatamente. Entrou agora muita gente nova. Mas se calhar também não é correto avançar com as integrações e quem já cá estava... é tudo junto... Também não há gente para fazer a integração a toda a gente em simultâneo.

Entrevistada – Esse é o maior problema. É não haver gente para integrar toda a gente ao mesmo tempo.

Entrevistadora – Então não queres acrescentar mais nada?

Entrevistada – Não. Acho que é tudo.

Entrevistadora – Muito obrigada pela tua colaboração, vai ser de certeza muito útil. Espero arranjar soluções para alguns dos problemas... (Riso).

Entrevista 12

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela tua disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório Central – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do Hospital de Egas Moniz. A entrevista tem cerca de 30 minutos de duração. Realço que todas as informações aqui recolhidas serão de carácter confidencial, não será nunca identificado o entrevistado, nunca será associado o seu nome, valências cirúrgicas por onde passou, etc. Autorizas a gravação?

Entrevistada – Sim, autorizo.

Entrevistadora – Obrigada. Caso aches necessário, eu depois no final, vou-te facultar toda a entrevista transcrita em papel para que possas ler e dizer se era ou não o que querias dizer ou se não queres que determinada parte apareça. Para teres hipótese de alterar. Desejas colocar alguma questão antes de começarmos?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Então vamos... Conta-me um bocadinho, de forma a tentar perceber o teu percurso profissional, conta-me o teu percurso profissional em termos de experiência. Quanto tempo de exercício profissional é que tens?

Entrevistada – 9 anos.

Entrevistadora – Quanto tempo de exercício de bloco?

Entrevistada – Desde Abril, 4 meses (riso)

Entrevistadora – Tinhas experiência prévia de desempenho de funções em bloco operatório?

Entrevistada – Tive um estágio durante o meu curso de enfermagem, de cerca de 2 meses, mas foi muito geral.

Entrevistadora – Em que ano do curso?

Entrevistada – Foi no 4º ano. Mas já foi, pronto... há muito tempo... Já me esqueci de muitas das coisas.

Entrevistadora – E chegaste a desempenhar funções sozinha ou estavas sempre acompanhada?

Entrevistada – Não, não, estava sempre acompanhada, porque era aluna de enfermagem ainda.

Entrevistadora – Pois. Não foi estágio final de integração à vida profissional?

Entrevistada – Não. Foi estágio... Na minha escola havia o estágio projeto, em que nós escolhíamos uma área, não era bem integração à vida profissional.

Entrevistadora – Então, estás em bloco por gosto.

Entrevistada – Sim! Porque quis.

Entrevistadora – Há quem venha pelo horário, ou por outras razões...

Entrevistada – Não, não, eu pedi transferência já há alguns anos e só me foi concedida agora.

Entrevistadora – De forma a conhecer a tua integração, e que estás a fazer ainda, não é?

Entrevistada – Sim...

Entrevistadora – Como é que está a decorrer o teu período de integração? Quais é que são as tuas principais dificuldades, de que forma é que estás a tentar arranjar estratégias para as ultrapassar? Podes ir falando, mas eu tenho aqui umas quantas questões, que ajudarão a não te perderes. Relativamente ao tempo de acolhimento e de observação, estiveste muito tempo nesta fase?

Entrevistada – Acompanhada?

Entrevistadora – Sim, sem ser de anestesia, circular, recobro, ... acompanhada de observação e de acolhimento.

Entrevistada – Foi só o primeiro dia...

Entrevistadora – Só tiveste 1 dia? É o que a AESOP preconiza como sendo o tempo de socialização, conhecer as pessoas que cá trabalham, conhecer o espaço físico... Foi 1 dia... Quanto tempo de duração é que teve a segunda fase como enfermeira de apoio à anestesia? Tu não começaste pelas salas...

Entrevistada – Não, eu comecei pelo recobro.

Entrevistadora – Quanto tempo é que estiveste de recobro?

Entrevistada – Acompanhada foi 2 semanas talvez...

Entrevistadora – Sentiste que foi o suficiente... foi pouco?

Entrevistada – Sim... senti que foi suficiente, porque é mais parecido com internamento do que as salas. Se tivesse começado por uma sala se calhar não seria assim...

Entrevistadora – Consideras que é benéfico quem entra para bloco, fazer integração primeiro em recobro e depois nas salas?

Entrevistada – Eu acho que é benéfico começar pelo recobro, mas acho que deveríamos passar um dia ou dois numa sala, só para ver e para perceber... por exemplo os primeiros dias serem passados numa sala, só para ver como é que funcionam as coisas, porque há muitas coisas que as colegas nos passam quando chegam ao recobro com o doente que eu... agora, tenho mais noção, não é... do que é que isso significa.

Entrevistadora – Tinha sido mais fácil perceberes se tivesses ido 1 dia ou 2 à sala.

Entrevistada – Um dia ou dois talvez... Pronto... não digo muitos mais. Só para ter uma noção e então depois ir para o recobro e então aí já consegues compreender como é que as coisas funcionam na sala, para dar continuidade também ali...

Entrevistadora – Achas que foi pouco tempo? Foi suficiente o tempo que lá estiveste? Precisavas de mais?

Entrevistada – Para uma pessoa que já vem com experiência acho que foi suficiente...

Entrevistadora – Duas semanas acompanhada e depois sempre sozinha.

Entrevistada – Acompanhada e depois também temos sempre apoio, nunca estamos sozinhas, temos sempre um responsável.

Entrevistadora – Mas ficavas com o mesmo número de doentes atribuído? Tinhas até 4 doentes atribuídos a ti?

Entrevistada – Sim, até 4 sim.

Entrevistadora – Logo a partir da 2ª semana?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – E não tiveste problemas, sentiste-te à vontade?

Entrevistada – Temos sempre um pouco de receio... (Riso)

Entrevistadora – Mas conseguiste sem problemas.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Depois passaste para o bloco operatório, para sala operatória. E enfermeira de apoio à anestesia... é onde estás agora...

Entrevistada – Sim, sim.

Entrevistadora – Há quanto tempo?

Entrevistada – Há um mês talvez...

Entrevistadora – Sempre acompanhada?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Não tiveste ainda sozinha de anestesia?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – E achas que precisas de ainda muito mais tempo? Qual é a perceção que tens?

Entrevistada – Acho que mais um tempinho... acho que sim... (Riso)

Entrevistadora – Mais ou menos quanto? Para ter uma ideia...

Entrevistada – Não sei... mais aí... sei lá... mais umas duas semanas...

Entrevistadora – Acompanhada e depois manteres-te na anestesia durante mais tempo.

Entrevistada – Sim, sim. Para ir fazendo as coisas sozinha para depois... fazer experiência.

Entrevistadora – Achas que esta sequência: enfermeira de apoio à anestesia, circulante e instrumentista que deverá ser mantida? Propunhas outra ordem?

Entrevistada – Eu acho que sim... Primeiro na anestesia, começar pela anestesia.

Entrevistadora – Quais as dificuldades que sentiste mais quando entraste? Primeiro dia... entras em sala operatória, estás atribuída à enfermeira de apoio à anestesia, apesar de estares acompanhada. O que é que achas que é mais difícil nessa integração que está a ser feita?

Entrevistada – Eu acho que o mais difícil... é um espaço novo, é tudo diferente... de todas as coisas de enfermagem que nós já fizemos..., não é? E acho que é mais isso... é o conhecer todo aquele equipamento que existe dentro de uma sala, saber onde é que nos devemos posicionar em determinados momentos, quando é que hei-de fazer alguma coisa ou quando é que não... Pronto, acho que é mais isso.

Entrevistadora – Foste atribuída a alguém? Disseram-te: “Vais ficar de integração, com... esta pessoa é a tua integradora”?

Entrevistada – Sim, sim.

Entrevistadora – Tens uma pessoa de referência?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Ok. E essa pessoa sabe que está contigo, foi-lhe dito. Foram apresentadas “tu serás a integradora desta pessoa e tu serás integrada por ela”.

Entrevistada – Assim... assim, não... (Riso)

Entrevistadora – Disseram-te agora vais para a Valência X. E disseram “A enfermeira X vai ficar aqui na valência Y”.

Entrevistada – Sim, eu acho que quem é responsável pela minha integração é a responsável da valência.

Entrevistadora – Mas não lhe foi dito a ela “Vais ficar com a enfermeira X”

Entrevistada – Não. No primeiro dia foi com a enfermeira responsável que era quem estava de anestesia.

Entrevistadora – Que era a enfermeira X, responsável pela valência?

Entrevistada – Não, era a enfermeira Y, a segunda responsável. Depois tenho ficado quase sempre com a responsável da valência. Ou quando elas não estão cá tenho ficado também com a enfermeira Z...

Entrevistadora – Mas sabes a quem é que hás-de recorrer, sabes quem é o elemento de referência, quando necessário?

Entrevistada – Sim, sim!

Entrevistadora – Relativamente ao plano de integração. O que é que tu sabes sobre o plano de integração no bloco operatório? Foi-te apresentado o plano que existe?

Entrevistada – Muito especificamente, não. Foi-me dito que eu iria começar pelo recobro, que nem todos começaram pelo recobro e depois iria começar nas salas, por valência. Primeiro a anestesia, depois circular e depois instrumentar, na valência X, por exemplo que é por onde eu estou a começar, e só depois é que passaria para outra valência. E que é muito prolongado.

Entrevistadora – Esperemos... Era bom sinal... que havia tempo e gente... (riso). Tens noção que existe um plano de integração, com suporte em papel?

Entrevistada – Sim. O do recobro vi.

Entrevistadora – Percebeste... não tiveste dúvidas?

Entrevistada – Sim! Tinha os objetivos... está fácil de perceber.

Entrevistadora – E o das salas foi-te apresentado também? O da valência em que estás a fazer a tua primeira integração, foi-te apresentado?

Entrevistada – Não. Ainda não.

Entrevistadora – Mas existe. Cada valência tem um. Portanto, não te deram a conhecer o plano da valência em que estás agora.

Entrevistada – Até ao momento ainda não.

Entrevistadora – De que forma é que achas que podem ajudar os novos elementos no serviço, com experiência ou não, a leitura desses documentos?

Entrevistada – Acho que é importante para saber o que é que é esperado de nós.

Entrevistadora – Os objetivos a atingir?

Entrevistada – Sim, os objetivos.

Entrevistadora – Já percebeste que eles estão um pouco balizados em termos de tempo, com X tempo de anestesia, X tempo a circular, ...

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Fez-te confusão, achas que está um plano muito rígido? Ou não tiveste a dar tanta importância a essa área.

Entrevistada – Não, não tive a dar muita importância, porque pode haver essa definição, mas também acho que... compreendo que se for preciso mais tempo também facilitam, pelo menos do que eu percebi até agora.

Entrevistadora – Exatamente. Isto eu estou a perguntar porque existe um plano de integração para cada valência cirúrgica e existe um para o recobro. Ou seja por exemplo tu não pois estás na primeira valência cirúrgica em que ainda vais levar um bom tempo e só vais fazer provavelmente integração em mais uma valência cirúrgica este ano, quanto muito, mas provavelmente só fazes nessa. Mas há pessoas que já estão a saltar entre valências, com experiência noutras anteriores que fazem duas ou três valências por ano, e que 2 ou 3 vezes vão ler o manual de integração que é muito semelhante entre cada valência, são quase todos iguais. Achas que faz sentido haver um único para bloco e um para recobro? Ou achas que mantém-se um por cada valência?

Entrevistada – Não sei bem...

Entrevistadora – Pois... tu também não conheces o manual de nenhuma valência, não é?

Entrevistada – Pois... eu nem sei bem...

Entrevistadora – O de bloco é do mesmo género do que está no recobro.

Entrevistada – Ok.

Entrevistadora – A minha dúvida é se vale a pena fazer...

Entrevistada – Acho que se podia fazer se calhar um com as partes comuns e depois cada valência ter as suas especificidades. Por exemplo, ter a parte geral e depois a vascular tem isto, a geral tem aquilo...

Entrevistadora – Ok. As especificidades em anexo para cada valência.

Entrevistada – Sim, sim!

Entrevistadora – Foi feita alguma vez reunião periódica contigo, com o enfermeiro que te está a integrar e com a chefe? A meio da integração do recobro? No fim... Tiveste 3 meses de recobro, não foi?

Entrevistada – Sim. Mais ou menos.

Entrevistadora – Não foi feita nenhuma entrevista, nem a meio do tempo de integração no recobro nem no fim, para saber se achavas que estavas capaz de ir para a sala?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Serve para aferir quais as áreas que é preciso melhorar, ou seja, o enfermeiro integrador iria dizer a fase em que estás, se acha que já estás capaz de passar então para outra fase do período de integração e tu dirias o que é que tens sentido, se achas que precisas de mais tempo. Não te foi questionado se estavas...

Entrevistada – Não. Pode, se calhar, terem falado com a enfermeira que está responsável...

Entrevistadora – Mas as três juntas?

Entrevistada – Não, não, não.

Entrevistadora – Tens alguma sugestão que se possa utilizar de forma a melhorar os planos de integração das diversas valências?

Entrevistada – É o que eu já tinha dito, que achava importante passar pelo menos um ou dois dias nas salas...

Entrevistadora – De início...

Entrevistada – ... só a observar, para depois passar ao recobro e compreender um pouco melhor o que é que se passa na sala.

Entrevistadora – Só para perceber também, porque é um ponto importante: houve alturas em que tu apesar de estares de integração sem contar, tiveste de passar a contar como elemento por falta de gente?

Entrevistada – Houve.

Entrevistadora – Tiveste que mudar, por exemplo imaginemos que estás de integração na valência X e já estavas integrada no recobro. Tiveste que passar a contar na valência X ou tiveste que passar a contar no recobro?

Entrevistada – Tive que passar a contar no recobro. Sim

Entrevistadora – Foram-te sempre buscar para o posto anterior?

Entrevistada – Para o posto anterior, sim. Sim, sim!

Entrevistadora – No recobro, durante a integração, tiveste que ficar a contar de forma precoce, tipo ao fim de 2 ou 3 semanas? Já contavas por falta de gente?

Entrevistada – Sim, sim, sim!

Entrevistadora – Sentiste que foi por falta de gente que isso aconteceu?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – E isso fez-te confusão? Sentiste alguma dificuldade com isso? Isso bloqueou a continuidade da integração que estavas a fazer? O que é que achas? Que é benéfico? Que não é...

Entrevistada – Eu acho que não. Quer dizer... se não acontecesse se calhar seria melhor, mas acho que pronto... não senti porque também... pelo responsável do recobro estamos sempre acompanhadas. Não é?

Entrevistadora – Exato. Conheces o manual de procedimentos que existe no serviço?

Entrevistada – Sim

Entrevistadora – Em suporte de papel. E costumavas consultá-lo?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Também há um no recobro. Há no recobro e há um geral. Costumas consultá-lo e quando?

Entrevistada – Neste momento consultei para ver algumas cirurgias que vão acontecendo naquela valência e consultei também alguns cuidados quando estava no recobro, dos cuidados pós operatórios, também.

Entrevistadora – Em casa sentiste também necessidade de estudar e aprender por ti?

Entrevistada – Sim, sim!

Entrevistadora – Quais é que foram as principais dificuldades que encontraste na consulta desse dossier. Falta de tempo? Sabias onde estava o dossier? É fácil de consultar?

Entrevistada – Sim. Sim, mas eu também vi na intranet.

Entrevistadora – Conseguiu ver os procedimentos na intranet?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Achas que estão de fácil acesso? Consegue-se...

Entrevistada – Não, não estão! Mas eu pedi ajuda a colegas.

Entrevistadora – E conseguiste lá chegar e viste que estão disponíveis. Não estão disponíveis em casa mas se tiveres uma *pen*, podes levar para casa

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Achas que dá jeito? Dá mais jeito ainda que estar em suporte de papel?

Entrevistada – Hoje em dia sim...!

Entrevistadora – Pergunto isto porque também surgiu a ideia de fazer vídeos com os resumos das principais cirurgias efetuadas, por valência, que se encontrassem disponíveis na intranet. Achas que iria facilitar as integrações dos novos elementos?

Entrevistada – Eu acho que sim. Não tanto agora ainda na anestesia, mas quando passar para a circulação e para a instrumentação, para conhecer os passos das cirurgias.

Entrevistadora – O que eu pretendia com os vídeos seria se calhar um vídeo resumido, tinha que ser pequeno, não é, as pessoas não podem ficar ali todo o tempo cirúrgico a ver o vídeo, mas que tivesse os principais pontos, uma abordagem da anatomia do doente, depois os principais passos, tudo esquemático... em vídeos...

Entrevistada – O material necessário...

Entrevistadora – Exatamente. O material do carro de circulante, o posicionamento do doente e do instrumentista. Se houver material, depois vais ver nas outras valências, como na neurocirurgia, que tem material externo, que é um instrumental muito grande... formas de trabalhar, portanto, achas que era benéfico esses vídeos estarem na intranet para serem consultados?

Entrevistada – Sim!

Entrevistadora – Queres acrescentar mais alguma coisa?

Entrevistada – Não, está tudo...

Entrevistadora – Esta é a minha primeira entrevista a alguém que está a ser integrado. Tenho entrevistado os integradores... E vai-me ser muito útil! De certeza absoluta! Quero-te agradecer.

Anexo VI - Entrevistas efetuadas aos enfermeiros da equipa de coordenação

Entrevista 13

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela sua disponibilidade, com a sua participação está a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do hospital de Egas Moniz. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Realço que todas as informações aqui recolhidas serão de caráter confidencial, e não será nunca atribuído o seu nome. Tenho que lhe perguntar se posso gravar a entrevista?

Entrevistada – Pode gravar sim senhor.

Entrevistadora – Caso seja necessário, eu depois vou disponibilizar a entrevista toda transcrita para papel para que possa ler e dizer se era ou não o que queria dizer ou se não quer que determinada parte apareça. Quer colocar alguma questão antes de começarmos?

Entrevistada – Não, vamos a isto.

Entrevistadora – Então vamos... De forma a caracterizar um bocadinho o seu percurso profissional, conte-me qual o seu percurso profissional, em relação à experiência prévia. Quanto tempo de exercício profissional?

Entrevistada – Vamos a caminho dos 30 anos. Estou a completar os 30.

Entrevistadora – Este ano 30.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Qual o tempo de exercício em bloco operatório?

Entrevistada – 9 meses? 10 meses? (Riso) Desde Janeiro.

Entrevistadora – Desde Janeiro deste ano. 10 meses. Não tinha experiência nenhuma de bloco operatório?

Entrevistada – Nenhuma!

Entrevistadora – Em relação às funções de chefia, vem desempenhando cargos de chefia desde há quanto tempo?

Entrevistada – Ora... chefia desde 2000, portanto dezassete anos. Doze anos em Medicina interna e cinco anos em cuidados intensivos cirúrgicos. E depois então vim para o bloco operatório.

Entrevistadora – Veio por gosto?

Entrevistada – Aceitei o desafio, não sendo a minha opção. Nunca me passou pela cabeça trabalhar em bloco, no entanto, uma vez que me foi pedido este trabalho e uma vez que era gestão e que tinha obrigação de dar resposta, uma vez que já tinha muitos anos de chefia, aqui estou...

Entrevistadora – Muito bem. Entrando já agora na parte da integração em bloco operatório e procurando neste caso conhecer a sua opinião sobre a integração de enfermeiros no bloco operatório, mais especificamente neste bloco operatório central, para si, qual é que é a importância da integração dos enfermeiros?

Entrevistada – A integração é importante em qualquer serviço. No entanto, eu vejo, apercebo-me que em bloco operatório tem necessidades absolutas de ter tempo para integração e se num serviço de internamento, ao fim de 3 / 4 meses, podemos considerar que o elemento se calhar está capaz de dar resposta, em cuidados intensivos talvez um pouco mais ou não dependendo da experiência prévia, em bloco operatório, haja uma experiência prévia que não seja de bloco ou seja entrada sem qualquer tipo de experiência, precisa-se de muito mais tempo para dizermos que o elemento está integrado. E, apercebo-me também que poderá haver elementos que por muito tempo que tenham já de bloco operatório, podemos sempre considerar que não estão integrados. E isto porquê? Porque podem estar integrados numa valência, mas não estão de todo em duas ou três que é o objetivo se calhar que nós pretendemos para cada elemento, é que cada um dê resposta em duas ou três valências. Portanto o tempo será muito superior em termos de necessidade de integração.

Entrevistadora – O que está preconizado em termos deste hospital e para os serviços, é comum aos serviços todos, pronto essa também é uma falha penso eu que deveria estar uma parte específica para bloco, se calhar, são os 3 meses. O que a AESOP preconiza é um ano e meio para quem vem diretamente da escola, sem experiência, um ano para quem vem com experiência de internamentos ou consultas, qualquer serviço que não bloco e meio ano para quem vem com experiência de bloco. No início, há uns anos atrás, como nós também tínhamos mais gente, conseguíamos fazer integrações mais prolongadas. Neste momento, até ao ano passado, os tempos de integração eram de cerca de 3 meses. Um mês para a anestesia, um mês a circular e um mês a instrumentar e estava pronto. Começaram a surgir muitas queixas nas avaliações e não só, conversas informais e formais com os enfermeiros, tendo surgido esta necessidade em que eu pensei trabalhá-la neste meu trabalho de Mestrado. Como é que acha que deveria decorrer o processo de integração? Em termos de tempo. Nós temos os programas de integração, os planos, temos um por valência e temos um para o recobro, e eu estava também a pensar no meu trabalho fazer um único para bloco operatório e um para recobro.

Entrevistada – Sim. Penso que seria a melhor opção. Em termos de tempo, para além das necessidades de cada um, porque cada elemento é diferente, um tempo mínimo por especialidade, seja ela anestesia, circular... instrumentar será ainda mais complexo, não é? Mas pelo menos na anestesia e circulação eventualmente um tempo comum para cada especialidade. Não sou capaz de dizer o tempo.

Entrevistadora – É mesmo aí também que eu queria chegar, porque os nossos planos de integração estão muito balizados pelo tempo. Tem duas a três semanas de anestesia, quatro a cinco semanas por exemplo a circular, agora não sei precisar, mas tem mesmo em número de semanas, mas cada pessoa é uma pessoa com as suas necessidades.

Entrevistada – E com os cortes. Cada vez que há necessidade de alterar pessoal de sala, tem que se ir buscar e, portanto, há uma interrupção, estamos sempre a interromper.

Entrevistadora – E como dizia um dos enfermeiros que eu entrevistei, há valências que estão cá todos os dias com vários prolongamentos, há outras que estão duas, três vezes por semana sem prolongamentos e é completamente diferente. Não se pode gerir pelos mesmos tempos, senão não vai correr bem. A AESOP considera que há 4 fases na integração, em que a 1ª fase é a de acolhimento e observação que é um dia em que o enfermeiro deverá vir e lhe é apresentado o serviço, a equipa, o espaço físico e eu acho que deveríamos fazer também uma visita à central de esterilização que é um dos serviços que...

Entrevistada – Penso que sim, que é importante.

Entrevistadora – Eu já tinha feito isso com alguns grupos, algumas das pessoas que eu fui integrando, já fiz com um grupo de 2 ou 3 pessoas, mas pelo que eu percebi não é norma. O que é que acha de passar a fazer-se?

Entrevistada – Eu acho que era importante, porque é o serviço com o qual lidamos, e dependemos muito da esterilização. Sendo que se não tivermos, e era importante que toda a gente tivesse também a ideia de qual é o trabalho da esterilização, porque muitas das vezes há pressões sobre a esterilização que se tivéssemos o conhecimento de como é que a coisa se passa lá, não se fazia.

Entrevistadora – Exato. Há também o curso de integração para quem vem de novo para o hospital, depois há então uma segunda fase de apoio à anestesia, a terceira de enfermeiro circulante e a 4ª fase de enfermeiro instrumentista, que vai sendo sequencial. O que se tem feito e que minha opinião é errado, as pessoas têm passado de uma fase para outra porque já passaram X semanas. E eu acho que é muito importante as pessoas terem uma conversa com a enfermeira chefe e o integrador, em conjunto com o enfermeiro em integração, para ter uma ideia de como é que está a decorrer o processo. Acha que é importante, que se deveria de fazer?

Entrevistada – Sim. Acho que é importante. O ser com o chefe é mais aquela presença da... responsabilização, porque estão perante o chefe, mas o importante mesmo é com o integrador. O próprio fazer a sua auto avaliação e com o integrador, sim senhora, há este ou aquele ponto que tem que ser melhorado, temos que investir mais aqui ou além.

Entrevistadora – Fazer uma auto avaliação e depois fazer o ponto da situação.

Entrevistada – Relativamente ao chefe, é importante o chefe saber, claro, em que *timings* é que estamos, até porque há uma expectativa em relação aos elementos e dada a grande necessidade que temos deles, de querermos sempre que andem mais depressa, “despachem-se lá com isso que estou a precisar de vocês já ali”, não é? (Riso)

Entrevistadora – (Riso) Outra das queixas, e eu acho que é muito importante nós tentarmos envolver os elementos do serviço, é que as pessoas aparecem nas salas e ninguém sabe se estão a fazer integração ali, quem está de integração muitas vezes não sabe quem é o integrador, acha que é o responsável da valência, o responsável da valência que até será o integrador, não sabe que é para integrar aquele elemento, portanto, há uma desresponsabilização de quem está a integrar, que é um elemento chave no processo de integração, e que se ele não sabe que é ele que está a integrar, não se sente na obrigação de fazer o processo como deve de ser. E entregar os planos de integração que também não estão a ser entregues, não é feita a avaliação, muitas vezes quem está de integração, recebe a folha, mas nunca a preenche nem nunca discute com o integrador. Nesta parte, os

enfermeiros de integração queixam-se que não estão a ser tidos no processo, portanto quem está em integração, passa para a fase seguinte e não lhe é perguntado se acha que já está bom, ... porque não havia as tais reuniões.

Entrevistada – Pois. Isso temos que tentar melhorar essa situação, não é? Relativamente aos integradores, também é assim, é verdade que não estão a ser entregues os planos de integração e se calhar não se está a dizer concretamente “Está aqui fulano para ser integrado”, mas a verdade é que na distribuição estão sempre distribuídos com eles, portanto...

Entrevistadora – Outro dos problemas que se põe é em termos dos horários também nas entrevistas que eu fui fazendo, fui-me apercebendo que quem está de integração, pede muito que fique sempre atribuído a uma pessoa, o que faz com que muitas das vezes tenha que fazer o horário dessa pessoa, que eles até acham que sim. Imaginando que se estiver em roulement quem está a integrar, pronto, já não dá, tinha que passar para outro elemento. Ser mais do que um elemento a fazer o processo de integração para que mais que uma pessoa saiba a fase em que está aquela pessoa e fazer mais manhãs, nem que seja “i” com prolongamentos em que estão a manhã inteira juntos, porque basta um fazer tarde para quebrar ali o programa e o processo de integração.

Entrevistada – Pronto, é um bocadinho tentar gerir dentro daquilo que é o horário que as pessoas pedem, não é? Porque temos também os pedidos e aquilo que o serviço necessita, que quando se têm só X pessoas para fazer um horário como o nosso, com tantos prolongamentos e tudo, temos que jogar com as pessoas que temos, não é? Mas sim, preferencialmente manhãs, preferencialmente o mesmo elemento a fazer integração, esteja ele, se calhar aí é uma coisa que acaba por juntar as fases, não digo a parte da instrumentação que já é um bocadinho mais à frente, mas entre a anestesia e a circulação, o não ser estanque, portanto, são 3 semanas da anestesia que não se juntam com a da circulação. Se calhar a anestesia e a circulação até podemos começar a... desde que siga sempre a mesma pessoa, ora está de anestesia, ora está de circulação e evidentemente que se está na mesa já será mais complicado e temos que esperar para a pessoa tenha o mínimo para passar para a integração à... passar à mesa, passar à integração na instrumentação, mas sim, se calhar é uma... torna o processo mais fácil para todas as partes, não é?

Entrevistadora – Há uma continuidade no processo.

Entrevistada – E até porque na nossa atividade o dia a dia é feito disto mesmo, ora anestesia, ora circulação... e, portanto não é estanque, não estamos um mês de anestesia, um mês de circulação, um mês... acaba por ser o viver o dia a dia como ele é.

Entrevistadora – Os enfermeiros de integração que eu entrevistei, muitos deles até dizem que muitas vezes a pessoa está a circular, mas como vem uma cirurgia mais simples, por exemplo, avançam logo com o elemento para instrumentar e se virem que dá resposta vão fazendo mais vezes. Portanto, há aí exatamente essa diluição das fases.

Entrevistada – Exato! Até porque pelo facto de estarem o dia a dia ali, consegue perceber e prever aquilo que o elemento poderá ou não conseguir.

Entrevistadora – Por outro lado há um elemento entrevistado que refere que se está escalado de anestesia fica de anestesia, se está escalado a circular fica a circular, uma vez que também não lhe é perguntado se a pessoa está apta para avançar na fase, essa pessoa acha que por ela também não

deverá ser ela a decidir “ai está a circular? Não, mas hoje vai instrumentar” e não mexe no plano. Também pode isso acontecer, daí também estar a falar, mas pronto, regra geral o que acontece é que as pessoas vão se adaptando ao que acontece no dia a dia na sala. Principais constrangimentos do serviço em relação às integrações?

Entrevistada – Eu penso que a falta de pessoal acaba por ser aquela que trás mais problemas, não é?

Entrevistadora – É a mais gritante.

Entrevistada – Porque o não conseguirmos dar espaço a que os elementos que estão em integração e se considerarmos que a integração não é um mês ou dois, mas são vários meses e não lhes damos espaço para poderem ser integrados e acabamos por estacioná-los onde já dão resposta, porque sim, porque não conseguimos fazer evoluir, eu acho que esse é o principal constrangimento, porque de uma maneira geral as pessoas estão disponíveis para fazer as integrações, umas mais outras menos, mas pronto, com mais ou menos “refilice” as coisas correm, mas este constrangimento da falta de pessoal é que acaba por limitar a situação e não conseguirmos fazer evoluir as pessoas.

Entrevistadora – Em relação aos planos de integração, já estivemos aqui a ver que o ideal é haver um plano único para bloco com as especificidades em anexo por valência e depois um para recobro.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Já agora e antes disso, acha que os enfermeiros deveriam começar por recobro e depois sala...?

Entrevistada – É assim, eu penso que tem nos facilitado a vida o facto de os colegas que vêm do internamento começarem pelo recobro, que acaba por ser o mais parecido com aquilo que era a sua realidade, sendo que o recobro não é uma parte fácil do serviço, até porque as várias valências têm coisas muito específicas, às quais têm que estar atentos, mas acaba por ser o mais parecido com o internamento. Portanto, parece-me que é facilitador para quem vem de um internamento começar pelo recobro. Quem vem de novo para bloco operatório eu penso que é indiferente, se calhar até é melhor por sala porque dá-se a novidade, mas aí tudo seria novo, portanto, começar pelo mais específico. Para quem vem de outros blocos, também penso que é um bocadinho indiferente. Se tem experiência, e nós temos essa realidade, adaptando às realidades de onde vinham, um elemento começou no recobro porque vinha de um bloco operatório mas que era mais cuidados intensivos que um bloco e portanto era mais fácil até para começarmos a “utilizar” a pessoa, começar pelo recobro. O outro elemento começamos por sala, ainda nem sequer foi ao recobro. Penso que é um bocadinho mais indiferente nestas situações.

Entrevistadora – Outra das “queixas”, outra das coisas que tem sido referido, por exemplo é que as pessoas quando estão de integração, imaginemos que estão os tais 3 meses, mas automaticamente a partir da altura em que são consideradas integradas na valência, saltam logo para outra valência. O que as pessoas têm pedido é ficar mais tempo a cimentar ideias a cimentar conhecimentos. Mesmo que não estejam acompanhadas, que não estejam a mais na sala, que isso muitas vezes não é possível, fiquem mais tempo para apanharem cirurgias diferentes. Houve uma enfermeira, por exemplo, que referiu que um dos tipos de cirurgias que apanhou na 1ª valência, só apanhou cirurgias aos ouvidos. Foi considerada integrada e foi para outra valência ao fim dos 3 meses. Quando voltou à 1ª que só apanhava cirurgias ao nariz, não sabia fazer nenhuma. Então, parecia que não estava

integrada. E uma das coisas que pedem é exatamente isso, depois de estarem consideradas integradas, ficar mais uns 2, 3 meses se possível e então aí é considerado ainda período de integração. O período de integração não significa que está acompanhada por outro elemento. No início tem de estar mas depois... desde que seja ficar mais tempo a cimentar conhecimentos.

Entrevistada – Parece-me bem.

Entrevistadora – Em relação aos planos de integração, nós temos três *dossiers* com os procedimentos que se fazem por valências, que vai sendo atualizado e que é muitas vezes utilizado para fazer os carros de circulante, nas várias cirurgias que vão surgindo. Acha que é de manter e de ir trabalhando esta área, ir renovando os planos?

Entrevistada – Sim, sempre.

Entrevistadora – Uma das coisas que também já vi noutros blocos é a existência de um dossier só com o material, em vez de ser com os procedimentos, mas uma vez que os procedimentos já têm esta parte, não sei se é repetir matéria... Ter uns dossiers previamente feitos só com material por cirurgia. Que muitas vezes é o que se vai procurar.

Entrevistada – Isso acabaria por ser quase uma check list. Isso pode ser facilitador, o facto de já estar no procedimento... mas no procedimentos temos que andar à procura, alguns têm 3 e 4 folhas e esse pode ser chamado outra coisa... listas... e estar à parte e ser mais fácil para consultar.

Entrevistadora – Lembrei-me se isso não seria uma das partes importantes que iria facilitar nas integrações dos novos elementos. Uma das grandes dificuldades quando se está a circular é saber exatamente o que é que se mete nos carros, como é que se prepara o material. Trabalhar também esta área, se calhar. Outra das partes são os procedimentos na intranet... não estão de fácil acesso, a maior parte das pessoas não tem conhecimento que existe e as que têm dizem que raramente conseguem lá ir, pois não conseguem facilmente aceder. É uma das áreas se calhar também a trabalhar e depois é a forma de os colocar, deveriam existir mais procedimentos lá colocados.

Entrevistada – Sim, temos o constrangimento de ser só uma pessoa a colocar e para o centro hospitalar todo.

Entrevistadora – Exato, também que se tentar agilizar esta forma, não sei muito bem como... mas tentar mudar.

Entrevistada – Inclusivamente acho que a Direção de Enfermagem já pôs a hipótese de serem eles próprios, a direção ou o secretariado da direção a fazer a colocação. Portanto já era uma boa ajuda.

Entrevistadora – Outra das coisas que eu tinha pensado se calhar fazer era a elaboração de pequenos vídeos. Eu gostava de saber se seria uma ajuda no processo de integração, a existência de vídeos com o resumo das principais cirurgias efetuadas por valência e que se encontrem disponíveis na intranet, se iria ou não facilitar o processo de integração. O que acha?

Entrevistada – Isso poderia estar numa pasta partilhada na intranet, mas de acesso a uma pasta partilhada para a enfermagem do bloco operatório, por exemplo. Isso era fantástico, porque é assim, se é uma coisa que eu me apercebo que será importante é de véspera, que é quando nós sabemos do programa do dia seguinte, as pessoas prepararem-se para a intervenção. O facto de estarmos à

espera de que haja sempre alguém atrás que seja o apoio e que esteja a buzinar agora é isto, agora é aquilo é importante, mas também acho que seria importante as pessoas procurarem elas próprias prepararem-se para e não irem só à espera... e se não tenho lá alguém, já não consigo e já entro em crise e já não quero ficar naquela sala, e nunca fiz aquilo, ou fiz há muitos anos e agora já não me lembro, e isso seria uma ajuda fantástica.

Entrevistadora – Seriam vídeos com uma breve noção da anatomia, daquele tipo de cirurgia, onde se iriam ver não só as especificidades da anestesia, imaginemos que era necessário colocar um cateter central, uma linha arterial, ver um bocadinho a abordagem cirúrgica, o posicionamento, portanto envolvia vários procedimentos nesse pequeno vídeo. Seriam vídeos curtos onde aparecia por exemplo também uma listagem do material e onde se iriam ver os posicionamentos, a localização da mesa do instrumentista relativamente aos cirurgiões e à disposição da sala, o instrumental utilizado. O problema dos vídeos é que as cirurgias estão sempre a mudar, é tudo tão rápido e fugaz na área cirúrgica que se calhar iria ter que se estar a rever os vídeos muito frequentemente.

Entrevistada – Isso é um bocadinho como os procedimentos que têm que ser revistos de 3 em 3 anos. Mas se calhar o vídeo teria que ser mais vezes, mas pelo menos em determinadas cirurgias...

Entrevistadora – Não precisava de ser para todas, mas haver algumas...

Entrevistada – Exato. Não estou a dizer eu para as mais simples, e vamos descartar as mais simples, mas se calhar há uma cirurgia ou duas por valência que são aquelas que têm maior peso dentro daquilo que é a nossa produção e que se calhar seriam essas a ser feito o vídeo.

Entrevistadora – Por exemplo na plástica a mamoplastia de redução, os retalhos livres, só assim meia dúzia de cirurgias iria ajudar.

Entrevistada – Sim, sim.

Entrevistadora – Mais ideias? Acho que já falamos um bocadinho de tudo...

Entrevistada – Pois eu não estou a ver assim ideias...

Entrevistadora – Estamos no bom caminho?

Entrevistada – Estamos, vamos estar, vamos estar...

Entrevistadora – Já temos mais gente que também já começa a ser mais fácil, se bem que temos muita gente nova agora que entrou ao mesmo tempo.

Entrevistada – Pois esta fase é difícil com tanta gente entrada ao mesmo tempo e a necessitar de várias fases de integração, alguns até são capazes de sentir que foram deixados para trás, não é? Pronto, é o risco que corremos, mas é assim, é tentarmos dar com uma mão e tirar com as duas... (Riso)

Entrevistadora – E depois também é o facto de termos sempre tanta gente a sair e ao sair muita gente também tem que entrar gente nova, estamos sempre em processos de integração.

Entrevistada – O que não é mau de todo porque acaba por haver uma renovação “do stock”, não é?

Entrevistadora – Exato.

Entrevistada – Nós somos todos diferentes e...

Entrevistadora – Não há vícios...

Entrevistada – Vícios vai haver, mas vamos tentando contrariar os vícios e pronto. Sangue novo acaba por ser sempre bom para o nosso crescimento.

Entrevistadora – Quer acrescentar mais alguma coisa.

Entrevistada – Acho que não

Entrevistadora – Muito obrigada, vai-me ser muito útil!

Entrevista 14

Entrevistadora – Antes de mais muito obrigada pela tua disponibilidade, com a tua participação estás a contribuir para a realização de um trabalho de projeto referente ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – criação de um dispositivo de formação” no âmbito do Mestrado em Educação e Formação que frequento no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Este trabalho tem como objetivo principal construir um dispositivo de formação com vista a melhorar o processo de integração dos novos elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central do hospital de Egas Moniz. A entrevista terá uma duração de cerca de 30 minutos. Realço que todas as informações aqui recolhidas são de carácter confidencial, não será nunca atribuído o teu nome e a entrevista não será associada a ti. Autorizas a gravação?

Entrevistada – Sim. Autorizo.

Entrevistadora – Caso seja necessário, eu depois vou disponibilizar a entrevista toda transcrita para papel para que possas ler e dizer se era ou não o que querias dizer ou se não queres que determinada parte apareça. Queres colocar alguma questão antes de começarmos?

Entrevistada – Não.

Entrevistadora – Relativamente ao percurso profissional, qual é o teu tempo de exercício profissional?

Entrevistada – 21 anos.

Entrevistadora – E o tempo de exercício no BOC?

Entrevistada – No BOC... 15 anos.

Entrevistadora – Já tinhas experiência prévia de desempenho de funções no bloco operatório?

Entrevistada – Já. Sim. Talvez um ano e tal, dois anos.

Entrevistadora – Então quando vieste trabalhar para o BOC trabalhavas há seis anos e tinhas trabalhado um ano e tal em bloco. Tinhas cerca de 2 anos de experiência de bloco.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Passando agora para o grande tema de integração em bloco operatório, e procurando conhecer a tua opinião sobre integração de enfermeiros no bloco operatório, mais especificamente neste bloco operatório e antes de começar pela tua integração para depois compararmos como decorreu a tua e como é que decorrem agora, qual é que achas que é a importância da integração?

Entrevistada – Ter um bom integrador e a duração da integração, é muito importante.

Entrevistadora – Exatamente. Tem a ver também com o percurso que a pessoa tem...

Entrevistada – Exatamente, com a experiência prévia e com quem nos está a ensinar também.

Entrevistadora – Principais constrangimentos do serviço?

Entrevistada – Falta de tempo, para integrar pessoas que fiquem relativamente bem integradas.

Entrevistadora – E falta de gente ou já está melhor em termos de número de pessoas na equipa de enfermagem?

Entrevistada – Neste momento já temos uma equipa com gente suficiente, só que para dar resposta às necessidades do serviço, nós não conseguimos ter as pessoas com o tempo que desejávamos que tivessem de integração.

Entrevistadora – Entraram agora 4 entre há 2 e 6 meses...

Entrevistada – Sim. Só que entraram todos ao mesmo tempo e acaba por ser uma coisa um bocado complicada. São pessoas sem experiência...

Entrevistadora – Relativamente ao teu processo de integração, se ainda te lembrares e mais ou menos em relação aos tempos, tiveste algum momento de acolhimento ou de observação que a AESOP descreve como sendo um momento de socialização, que é a entrada no bloco, a socialização, a apresentação das instalações e do pessoal. Houve alguns dias ou alguns momentos para isso, ou começaste logo a trabalhar?

Entrevistada – Não... Havia outra disponibilidade de tempo para sermos integrados e eu lembro-me que comecei no recobro onde permaneci durante muito tempo e depois fui para as salas, mas não houve assim nenhum tempo de observação.

Entrevistadora – E fizeste o curso de integração do hospital?

Entrevistada – Fiz.

Entrevistadora – Que era um dia também como é agora?

Entrevistada – Era umas horas, sim.

Entrevistadora – Agora por falar em teres começado pelo recobro, achas que é importante começar pelo recobro ou começar pelas salas? Depende do nível de experiência prévia? O que é que achas?

Entrevistada – Eu não tenho... se calhar depende assim um bocadinho da experiência das pessoas, para se aproveitar um bocadinho da experiência que as pessoas têm. Talvez a ida logo para o recobro seja mais rápida, para as pessoas que vêm dos internamentos, não é? A integração no recobro acaba por ser mais fácil. Pessoas sem experiência nenhuma tanto faz irem para as salas ou irem para o recobro.

Entrevistadora – Relativamente ao teu período de integração na segunda fase, que a AESOP considera como a fase de enfermeiro de apoio à anestesia, quanto tempo é que ficaste na primeira valência?

Entrevistada – Já não me recordo muito bem, mas sei que tive muito tempo na valência X e de anestesia sei lá... talvez uns dois ou três meses, para aí...

Entrevistadora – E sempre acompanhada ou no início acompanhada...

Entrevistada – Não, no início acompanhada e depois já numa fase seguinte sozinha.

Entrevistadora – Mais ou menos quanto tempo acompanhada?

Entrevistada – Eu como tinha experiência já de bloco, não sei, talvez para aí um mês, dois meses... Para aí um mês.

Entrevistadora – E quanto tempo é que estiveste de recobro? Fizeste primeiro recobro e depois é que foi uma valência?

Entrevistada – Sim. Foi recobro, depois foi sala e depois voltei para o recobro e depois foi sala outra vez, sim.

Entrevistadora – De recobro desde o início até estares considerada integrada, foi mais ou menos quanto tempo?

Entrevistada – Sei lá... para aí uns 3 meses que eu estive no recobro.

Entrevistadora – Depois na 3ª fase, de circulante, mais ou menos quanto tempo? Estiveste acompanhada ou não?

Entrevistada – Numa fase inicial acompanhada, mas já não me recorde durante quanto tempo... sei lá... não sei. Nunca menos de 1 mês! Nunca menos de um mês... no mínimo 1 mês.

Entrevistadora – E depois a 4ª fase de enfermeira instrumentista, foi uma fase diluída com a fase de circulante ou eram fases estanques e separadas umas das outras em que estavas a circular só fazias aquilo e quando passaste para instrumentar só estavas a instrumentar?

Entrevistada – Não... era um bocadinho diluído porque acaba por se aproveitar algumas oportunidades, não é? Algumas cirurgias que nós já possamos ter feito como instrumentistas, depois aproveitamos aquilo que já sabemos, não é? Depois há outras em que precisamos de estar acompanhadas e que não dá para ficar sozinha, ainda nessa fase de integração.

Entrevistadora – E a instrumentar mais ou menos quanto tempo, lembras-te?

Entrevistada – Sei lá... não sei... para aí uns 3 meses.

Entrevistadora – Dá para aí uns 6, 7 meses de integração de integração na 1ª valência. Primeira, sem contar com o recobro.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – E quais é que foram as principais dificuldades que sentiste na altura e como é que superaste? Era o desconhecimento dos materiais, era o quê...

Entrevistada – A maior dificuldade? Talvez a localização dos materiais. Saber o sítio às coisas, não é? Saber dar resposta a tudo aquilo que é solicitado na sala em termos de materiais. Talvez isso.

Entrevistadora – E apoiavas-te mais nos colegas, nos médicos?

Entrevistada – Não, nos colegas.

Entrevistadora – Chegaste a fazer integração de elementos?

Entrevistada – Não, só numa fase... só quando fui para a valência X onde fiquei mais tempo, e nessa fase sim, apanhei pessoas que estavam a fazer integração, mas as pessoas acabavam por não ter uma pessoa fixa para estar.

Entrevistadora – Esse é um dos pontos que eu também queria falar, queria perguntar a tua opinião. Se achas que quem está em integração devia ficar sempre com a mesma pessoa, se as pessoas deviam ser apresentadas, do género “Aqui está a tua integradora, segues...” Eu entrevistei várias pessoas integradas e em integração, e há pessoas que dão a opinião que deveriam seguir o horário de quem as está a integrar.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Se faz manhã, fazer manhãs, se faz i” fazer “I”, se faz tardes fazer tardes. Se bem que o horário também sai muito à medida dos pedidos de cada um, e às vezes isso também não é fácil. Mas achas que isso era importante?

Entrevistada – A minha opinião era que por exemplo o enfermeiro, e numa fase inicial, começa sempre pela anestesia, era o enfermeiro seguir a pessoa pela anestesia das várias valências. Não ficar só de anestesia... ou seja segue a pessoa e não a especialidade cirúrgica.

Entrevistadora – Também há essa opinião, sim.

Entrevistada – A minha opinião era essa. Acho que a pessoa acaba por ter outro tipo de experiência a nível de anestesia, consegue dar resposta a outras situações que possam aparecer. Às vezes têm que ir para outra sala, com outra especialidade e necessitam de saber de outras coisas de anestesia que se calhar em determinada valência não é tão frequente se efetuar dessa maneira a anestesia. Eu para mim era isso, era seguir a pessoa e não a especialidade.

Entrevistadora – Isso só na anestesia?

Entrevistada – Só na anestesia.

Entrevistadora – Há queixas por exemplo em relação à anestesia que com esse método não haveria essas queixas. Há pessoas que por exemplo imaginemos que estão na ORL, só apanham anestésias gerais, e ainda por cima é sempre a mesma anestesista, sempre o mesmo tipo de anestesia, raramente muda e quando mudam para outra valência com anestésias loco regionais e tudo mais que nunca viram... cateteres centrais, linhas arteriais...

Entrevistada – Não conseguem dar resposta eficaz a essas situações.

Entrevistadora – Nesse caso ficaria por exemplo com alguém quem?

Entrevistada – Alguém que estivesse mais direccionado para a anestesia. Há pessoas aqui no serviço que até têm uma pós graduação em anestesia e que seria ótimo para essas pessoas. Aliás nós fizemos isso, uma coisa parecida, com uma colega nossa de integração, que esteve com a enfermeira X e a seguiu em várias valências.

Entrevistadora – Que avaliação é que fazes dos planos de integração atuais? Os planos, os elementos físicos. Há pessoas que se queixam, integradores que dizem que nem sequer dão a conhecer a quem está com eles porque não dá para seguir, porque está muito baseado em tempos. Quem está de integração queixa-se que não conhece os planos não sabe os objetivos que tem que cumprir, não sabe as metas que tem que atingir...

Entrevistada – Sim, eu acho que esse processo de integração, tem várias falhas aqui neste serviço, nomeadamente um guia de integração. Está feito mas não é seguido, e se calhar precisa de ser revisto, de ter ali outras melhorias. Relativamente às queixas das pessoas, eu acho que é legítimo... as queixas... as pessoas gostavam de estar mais tempo nas valências, de terem outras vivências e de acordo com aquilo que está estabelecido pela nossa Direção de Enfermagem não é possível porque tu neste momento... estão-nos a dar 3 meses para integrar uma pessoa em 2 áreas. Nomeadamente o recobro e uma especialidade, o que acaba por ser insuficiente. Isso é uma realidade que todos nós percebemos que não funciona.

Entrevistadora – Porque os 3 primeiros meses ficam sem contar, a partir daí já contam como elemento. Podem continuar a integração, não conseguem é ficar acompanhados.

Entrevistada – Não conseguem ficar acompanhados, sim.

Entrevistadora – Se não estão acompanhados não podem avançar porque não podem passar para a fase seguinte...

Entrevistada – Exatamente. Depois temos pessoas que ficam estacionadas muito tempo em determinada valência ou em determinado posto de trabalho. Ou no recobro, ou de anestesia...

Entrevistadora – O que é que achas em relação às reuniões periódicas?

Entrevistada – Em relação às reuniões periódicas...

Entrevistadora – É importante fazer ou não para avançarem?

Entrevistada – É importante, sim. Eu acho que é importante.

Entrevistadora – É importante para nós sabermos como é que a pessoas está ou também para dar a conhecer a quem está de integração.

Entrevistada – Para as duas coisas. Nós aqui acabamos por ter algum *feedback* das pessoas que estão a acompanhar as integrações, mas torna-se insuficiente e mesmo para quem está a ser integrado acho que a pessoa se sente mais acompanhado com estas reuniões por parte da chefia, não é?

Entrevistadora – Então deveria ser feita avaliação?

Entrevistada – Deveria ser feita, sim. Avaliações periódicas.

Entrevistadora – Para mudar dentro da própria valência de anestesia para circular e para instrumentar?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – E depois também de valência para valência.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Achas que os planos de integração estão “piores”, ou seja, melhorámos ou piorámos devido à falta de gente que temos em relação há uns anos atrás? Em relação à altura em que tu foste integrada?

Entrevistada – Estamos a piorar... (Riso). Essencialmente pela falta de tempo. Pela falta de gente que temos. Neste momento temos números, mas as pessoas não estão integradas. Temos pessoas que estão aqui a trabalhar há 2, 3 anos e que têm o recobro e uma valência cirúrgica, no máximo duas o que se torna insuficiente mesmo depois para dar resposta às necessidades do serviço, nos prolongamentos, nas urgências.

Entrevistadora – Porque toda a gente tem que integrar a equipa de urgência um ou dois meses por ano, pelo menos.

Entrevistada – Exatamente.

Entrevistadora – Achas que é importante toda a gente saber um pouco de todas as valências, ou achas que as pessoas deveriam passar por todas as valências mas estar mais adstrito a algumas?

Entrevistada – Não. Nós temos pessoas específicas, nomeadamente as responsáveis e as corresponsáveis ou as segundas responsáveis, essas sim devem ficar mais direcionadas, as restantes pessoas não dá... não é viável, porque com as integrações que nós temos e com a necessidade que nós temos nos prolongamentos e mesmo nas situações de urgência, não dá para tu teres uma terceira pessoa ou uma quarta pessoa também só fechada, afeta aquela sala, não é? Porque acaba também por te limitar só ali àquela especialidade e eu acho que isso deve acontecer só com os responsáveis. Os outros elementos não. Acho que devem ter uma experiência das outras valências todas.

Entrevistadora – Haver também gente só de recobro, também não é viável?

Entrevistada – Gente só de recobro, também não concordo.

Entrevistadora – Devem saber um pouco de tudo.

Entrevistada – Toda a gente deve saber sim. De manhã sim, faz-me sentido estar uma responsável mais afeta, uma ou duas responsáveis, mesmo para algumas dinâmicas que o serviço exige em termos de material, agora o resto das pessoas, acho que elas têm que circular pelas outras valências e pelo recobro.

Entrevistadora – Tal como nas valências cirúrgicas estar a responsável mais afeta ao recobro e depois o resto das pessoas irem rodando.

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Para não acontecer num turno estar toda a gente só de recobro ou toda a gente só de salas e depois não conseguirem dar resposta ao restante. Relativamente ao manual de procedimentos, conheces o manual que existe no serviço?

Entrevistada – Sim.

Entrevistadora – Achas que ele é muito consultado e em que circunstâncias? Quais as principais dificuldades que achas que existem?

Entrevistada – Acho que ele se calhar já foi mais consultado, apesar de haver pessoas ainda a consultarem o manual e eu própria também já lá fui buscar procedimentos para ver determinada especialidade. Acho que se calhar facilitaria fazer a digitalização daqueles procedimentos, colocar num ficheiro e ter esse ficheiro acessível a todas as pessoas para que todas as pessoas em casa o pudessem consultar. Porque às vezes para cirurgias do dia seguinte, pessoas que não têm muita experiência e que vão estar a instrumentar ou que vão estar a circular, mesmo em casa poderiam ter acesso a essa informação e se calhar aí a consulta seria mais fácil do que estar aqui a folhear os dossiers.

Entrevistadora – Há quem diga, dos entrevistados, que se calhar não se perdia estarem por valências nas salas onde essas valências existem.

Entrevistada – Não. Não concordo! Não concordo. Só se for em ficheiro informático no computador da sala, em suporte físico nunca. É mais papel dentro da sala e isso temos que evitar. Depois limitar também às salas... colocando um ficheiro... porque tu tens salas onde tens várias valências, a sala 3 podes ter cirurgia plástica, podes ter neurocirurgia. A 6 onde vai também além dessas todas a ORL, a cirurgia geral, plástica. Se calhar um ficheiro completo no computador da sala, acho que a mim não me causava... acho que era bastante bom.

Entrevistadora – Algumas das coisas que eu me estou a propor fazer neste trabalho será a revisão dos planos de integração, tentar criar um plano único que fosse alguma coisa mais operacional, com objetivos reais e concretos e específicos e não tão académico e depois no final do plano estar por especialidades, porque depois cada especialidade tem as suas especificidades. Em vez de haver um plano por valência em que as pessoas quando vêm têm que estar a ler um plano e depois outro e aquilo basicamente é a mesma coisa, tem ali uma ou outra especificidade, fazer um único. Outra das coisas que eu me tenho apercebido é relativamente ao manual de procedimentos que existe online, quase ninguém tem conhecimento que ele existe...

Entrevistada – O da intranet?

Entrevistadora – Sim. Os que conhecem dizem que é muito difícil de aceder. O que é que achas sobre esse manual de procedimentos da intranet?

Entrevistada – Efetivamente não é fácil aceder, o acesso tens que andar logo em cima da área de enfermagem e quando pões lá o cursor aparece lá uma lista e as pessoas normalmente vão escolher a lista, e depois vais parar a um sítio da intranet que não tem a ver com aquilo que tu queres. Efetivamente o aceso não é muito fácil. Se eu acho que ele é utilizado ou não... acho que não.

Entrevistadora – Há pessoas que estão cá há mais de 2 anos...

Entrevistada – E que se calhar nem sabem que existe... É possível.

Entrevistadora – Uma das minhas queixas é que quando tento introduzir os procedimentos, como não sou eu que o faço, é um enfermeiro que faz para os 3 hospitais, está a levar mais de um ano. Os últimos que eu pedi, eram 20, há mais de um ano e ainda não estão inseridos. A Enfª Diretora disse

que também vai, em princípio, alterar essa parte. Podem começar a ser introduzidos os procedimentos em princípio pelas secretárias da Direção de Enfermagem, pode ser que assim agilize a situação. Mas mesmo assim, se calhar o ideal não era estar aí, era mesmo numa pasta partilhada onde todos tivéssemos acesso.

Entrevistada – Sim, acho que sim.

Entrevistadora – Em todos os computadores. Outra das coisas que estou a questionar se as pessoas acham que é importante e viável cá no serviço, é a execução de vídeos com resumos das principais cirurgias efetuadas por valência e que se encontrem disponíveis na intranet, se iriam ou não facilitar as integrações? Seriam vídeos curtos com uma breve abordagem da anatomia, depois o material que é utilizado naquela cirurgia, via-se por exemplo o posicionamento do instrumentista em relação à disposição da sala e aos cirurgiões, os posicionamentos do doente, havia logo vários procedimentos dentro daquele... e depois só uma breve abordagem muito rápida dos principais passos cirúrgicos. Não era para todas as cirurgias de cada valência, era por exemplo mamoplastia, era para a de aumento, para a de redução. Várias coisas. Craniotomia e coluna... colunas não instrumentadas e colunas instrumentadas. Só meia dúzia de procedimentos. Valia a pena ou não?

Entrevistada – Acho que valia a pena. Irias ter muito trabalho, mas... boa sorte... (Riso) Acho que sim, acho que era uma mais valia para o serviço, mas que efetivamente dará muito trabalho a quem o efetuar... (Riso)

Entrevistadora – O problema é vale a pena. No mundo cirúrgico é tudo tão rápido, está tudo sempre a mudar... Valerá a pena?

Entrevistada – Eu acho que era assim... valer a pena valia... Não sei se as pessoas usufruíam muito disso ou não, porque o que acontece é que as técnicas cirúrgicas mudam à velocidade da luz, aparecem-nos sempre materiais novos, às vezes a abordagem cirúrgica de determinado cirurgião não é a mesma que o outro da outra equipa. Para o trabalho que irá dar, não sei se será assim uma tão mais valia muito superior à hipótese dos outros procedimentos num ficheiro partilhado por toda a equipa. Provavelmente eu acho que era mais consultado, a consulta era mais eficaz no manual do que através do vídeo.

Entrevistadora – Mais... tens mais alguma coisa a acrescentar?

Entrevistada – Posso dizer outra coisa?

Entrevistadora – Claro que sim.

Entrevistada – Por exemplo em relação à especialidade a que as pessoas deveriam começar a integração, eu sou da opinião de que deveriam começar pela cirurgia geral, uma vez que é uma valência de onde nos dão grandes ferramentas e nos dão uma base para todas as outras especialidades, e neste momento nós temos uma falha imensa nessa forma de integrar as pessoas porque não conseguimos ter pessoas suficientes para proceder a essa integração cujo início seja na cirurgia geral. Por mim seria o ideal, ter pessoas a começar a integração na cirurgia geral, mas isso muitas vezes não é possível.

Entrevistadora – Agora estão 4 pessoas a iniciar a integração.

Entrevistada – Sim, agora com 4 não é possível. Duas estão no recobro já há dois meses, porque estão pessoas anteriores... porque isto depois também tem a ver com o tempo que as pessoas levam a ser integradas e com o tempo próprio da pessoa. Nós temos pessoas que nos dão uma resposta muito eficiente e eficaz e temos outras que demoram muito tempo a aprender a mesma coisa que outras fazem num espaço curto de tempo. E temos que respeitar esses tempos. E por isso a integração depende muito também do tempo da própria pessoa e da forma como a pessoa adquire toda a informação que é dada num serviço destes, que é muita.

Entrevistadora – E depois nós temos também valências que têm dois ou três tempos por semana, sem prolongamentos, temos outras que estão cá todos os dias.

Entrevistada – Exatamente, depois temos esses contras também que são valências que Vêm cá 3 vezes por semana em que precisam de ter pessoas integradas mas que depois tu não consegues manter a pessoa só naquela valência, porque nos outros dias a pessoa tem que estar noutro sítio qualquer.

Entrevistadora – E acaba por haver valências mais ou menos parecidas com a Geral.

Entrevistada – A mais parecida seria a Urologia porque tem cirurgia aberta, apesar de eles cada vez mais fazerem tudo maioritariamente por laparoscopia, não é? E endoscopia, mas uma das parecidas, sim, que se poderá aproveitar e que nós já o fizemos também é urologia.

Entrevistadora – Exato. Isso também houve pessoas que referirem nas entrevistas, que sentiram que quando estiveram nas valências muito específicas achavam que estava a correr todo muito bem e quando passaram para outras de maior abrangência, ficaram a pensar “se calhar eu estive a fazer tudo mal”, porque só punham uma mesa, porque havia várias coisas em que achavam que faziam bem.

Entrevistada – Infelizmente não se consegue começar. Há pessoas que têm sorte, há outras pessoas com menos sorte... (Riso)

Entrevistadora – Desejas acrescentar mais alguma coisa?

Entrevistada – Desejo, desejo-te a maior sorte para o teu trabalho... (Riso)

Entrevistadora – Muito obrigada. A tua entrevista ser-me-á muito útil.

Anexo VII – Análise das entrevistas a efetuar aos enfermeiros integradores

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS FEITAS AOS ENFERMEIROS INTEGRADORES

1. Percurso profissional

☒ Tempo de exercício profissional

E1 – “na totalidade será... 28 anos”

E2 – “Sim, 21”

E3 – “Ora 1991, estamos em 2017...”, “vinte e seis”

E4 – “12 anos e qualquer coisa”

E5 – “Neste momento 12 anos”

E6 – “10 anos”

☒ Tempo de exercício profissional no BOC

E1 – “bloco é 21”

E2 – “É para aí uns 16 anos em bloco”

E3 – “desde 1994...”, “faz 23 anos”

E4 – “12 anos”

E5 – “12 anos”

E6 – “10 anos”

☒ Experiência prévia de desempenho de funções em bloco operatório

E1 – “Tinha experiência de enfermaria, sim. Tive experiência de 2 anos de Medicina, 2 anos de Pediatria e depois estive 3 anos, quase, no serviço de Neurotrauma”, “não tinha nenhuma experiência de bloco.”

E2 – “Não”, “uns 5 fora de bloco”, “mas o trabalho no bloco é completamente diferente! Portanto, é partir do zero outra vez”

“Também estive em enfermaria. Eu estive simultaneamente. Comecei em bloco operatório e enfermaria e depois só em bloco operatório. Em duas instituições diferentes.”

“Aqui já tinha mais experiência e isso também foi uma mais valia para esta instituição”

E3 – “Já tinha experiência de bloco operatório”, “de outras instituições”

E4 – “não”

☒ Comparação entre as integrações no BOC do HEM e noutras instituições

E3 – “o maior impacto que tive quando comecei a trabalhar foi na primeira instituição onde trabalhei onde quando comecei não havia integração aos novos elementos, isto é, não havia nenhum elemento de referência, eramos atirados assim... pronto agora desenrasca-te... E muitas vezes eramos ajudados por outros elementos que não os da mesma classe profissional, portanto, seria mais pelos anestesistas.”

“trabalhei paralelamente noutra instituição, também em bloco operatório, em que as coisas já eram diferentes, em que havia já integração dos elementos, tínhamos sempre um elemento de referência e começávamos sempre pela parte da circulação, porque achava-se, ali, que a parte da circulação seria a parte mais favorável para iniciar uma integração em bloco operatório, porque começávamos a conhecer mais ou menos os *timings* das cirurgias, o que era necessário e não ponhamos (...)”

“a anestesia era o último lugar”, “Porque tu quando já sabes mais, parte da cirurgia, os *timings* da cirurgia, obviamente ficas mais à vontade na parte de anestesia, e não é ao contrário. Esse caminho era assim que se fazia... circulação, instrumentação, até porque a circulação era já uma via aberta para a parte da instrumentação (...) E depois no final a anestesia (...) Quando tu chegavas ao patamar da anestesia, já eras uma enfermeira experiente, não é? Tu a circular estavas no mínimo um ano, só a circular, depois passavas à instrumentação.”

✓ Visita à central de esterilização

E3 – “antes de entrarmos para o bloco, fazíamos primeiro 3 dias na esterilização, víamos todos os passos. Isso de observação, a ver as coisas, o que nos dava um certo *know how* para o resto. Portanto eu ia para o bloco operatório, mas não ia logo para o bloco operatório. O primeiro dia foi efetivamente conhecer o espaço do bloco, dar-me a conhecer as pessoas, mas depois fui logo para a esterilização e portanto, estive ali 3 dias na esterilização, a ver como é que as coisas funcionavam, a mexer nos ferros cirúrgicos, nos instrumentos, nos dispositivos médicos, não é? Para saber manusear os dispositivos médicos, a forma como se arrumavam, o nome. É lógico que aí é um mundo, a pessoa não fica a saber todo o instrumental, é impossível, mas ficamos com uma ideia, já ficamos com algum saber, não é? E ficamos logo muito mais sensíveis para a problemática da esterilização e o que é que facilita da nossa parte. Eu acho que esse intercâmbio é muito importante, o facto de se fazer esse circuito. E depois também, à posteriori, há outra coisa importante (...) sabermos com quem é que estamos a falar, acho que é super importante! Haver esse corte acho que em termos temporais é péssimo, não é uma mais valia de todo.”

✓ Diretamente da escola para o bloco operatório

E4 – “Sim e para vários sítios ao mesmo tempo”

E5 – “exatamente”, “Experiência só em contexto de formação”

E6 – “Exato”

✓ Início pelo recobro

E1 – “recobro primeiro”

“Eu fui integrar a equipa do recobro, porque inicialmente quando eu trabalhei na Neurotrauma, nós tínhamos a unidade de cuidados intensivos versus cuidados intermédios”

“como eu tinha experiência de doentes cirúrgicos, na altura em que eu fui pedir a transferência, direccionaram-me essencialmente para o recobro”

E3 – “Nada de recobros” (vinha com experiência de bloco)

E4 – “Eu comecei pelo recobro” (vinha da escola), “No recobro estive 2 meses, ou 3”

✓ Acompanhada no recobro

E4 – “Foi inferior a 1 mês”

☑ Equipa só de recobro antigamente

E1 - “Exatamente. Era eu e a enfermeira X, só, porque havia um desfasamento de horário ali na hora de almoço, mas havia períodos em que estávamos sozinhas. Ela acho que até à hora de almoço, à hora de almoço eramos as duas para orientar também... e depois ficava eu até mais para a tarde. E alternávamos assim.”, “equipa fixa do recobro”.

2. Integração em bloco operatório

☑ Tempo de duração da integração na 1ª fase – acolhimento / observação

E1 – “não fiquei assim muito tempo”

“Fiquei lá... sei lá... algum tempo, quando eu digo algum tempo, alguns anos, 1 ou 2 anos ou se calhar mais. Já não tenho muito bem a noção de quanto tempo é que eu fiquei no recobro”

“fui-me integrando progressivamente (...) na dinâmica do bloco, em termos sociais a conhecer as pessoas”

“Não me custou particularmente porque já conhecia as pessoas e as pessoas conheciam-me a mim, tanto na equipa de enfermagem como na equipa cirúrgica e não tenho assim grandes memórias de grandes problemas, nem de grande *stress* na integração que eu fiz”

E2 – “Não me lembro muito bem, mas deve ter sido um dia”, “não te consigo precisar o tempo que fiquei”

E4 – “Não sei se chegou a ser uma semana...”, “2 ou 3 dias estivemos só a ver”

E5 – “existiu um dia de acolhimento à instituição, em que eu vim conhecer, dar uma volta pelo hospital após o curso de integração com a responsável na altura, pela integração dos enfermeiros, depois tive outro dia aqui em bloco de observação e depois fui para a sala e depois fui gradualmente sendo integrado”

E6 – “Só de observação estive para aí uma semana”

☑ Tempo de duração da integração na 2ª fase – enfermeiro do apoio à anestesia

✓ Acompanhada

E1 – “estive para aí um mês”

E2 – “integração eu tive... não chegou a um mês”, “como extra. Sim”

E3 – “Estive acompanhada bastante tempo”, “Meses”

E5 – “Eu diria que pelo menos 1 mês”, “Sim. Na altura sim”

E6 – “De anestesia estive seguramente uns 3 meses. Seguramente, senão mais.”, “Praticamente sempre acompanhada”

✓ **Conhecimentos prévios de anestesia**

E1 – “Não tinha conhecimentos nenhuns da dinâmica. Tinha contacto com a linguagem anestésica, como já fazia o recobro foi mais fácil. No fundo a integração na anestesia acabou por complementar um bocadinho a informação que eu tinha ido adquirindo no recobro, não é?”

✓ **Tempo que permaneceu de anestesia**

E2 – “Fiquei de anestesia muito tempo. É assim, nós começávamos anestesia de adulto e de crianças. Eu lembro-me que depois fui logo para as crianças sem integração nenhuma! E foi muito mau”

E4 – “Portanto eu de anestesia... não faço ideia, se estive 3 meses sempre, não faço ideia.”

E5 – “Devo ter ficado pelo menos uns 2 ou 3 meses, para aí”, “em 2005”

☑ **Tempo de duração da integração na 3ª fase – enfermeiro circulante**

✓ **Acompanhada**

E1 – 1 mês “Sim. Acompanhada e depois sozinha”

E3 – “quase um ano (...) Quase sempre acompanhada, sim”

E5 – “Nem todos os dias. Havia dias que dava, havia dias que não. A maior parte dos dias sim.”

✓ **Tempo de integração em circulação**

E1 - “a circulação acaba por ir sendo assimilada progressivamente à medida que nós estamos de anestesia. Há sempre o momento em que alguém nos pede alguma coisa que já diz respeito à circulação, e nós vamos vendo coisas na sala, vamos tendo contacto com as coisas, vamos perguntando, de modo que as coisas vão sendo assimiladas, digamos que... não com barreiras tão estanques...”

E2 – “Eu acho que circulação nem foi muito, depois passei para a instrumentação.”, “Qual ano, qual meio...! Foi menos. Não sei precisar mesmo”

E3 – “Também meses... Então aí no início estive quase um ano”

E4 – “Circular e instrumentar foi quase ao mesmo tempo”, “E mesmo para circulante consegues perceber mais o que vai ser preciso primeiro, porque já tens uma noção da cirurgia”, “E depois quando já estava integrada praticamente integrada, ia alternando”

E5 – “Talvez mais uns dois meses, não sei concretizar, mas terá sido por volta disso”, “Na altura achava que não era cedo demais. Sentia que não estava eventualmente preparado para estar sozinho, se precisasse de ficar sozinho na circulação, mas quando passava de estar de anestesia para circulação, a maior parte dos procedimentos estava à vontade para ficar só”

E6 – “Circulação estive muito pouco tempo, passei logo para a instrumentação”

☒ Tempo de duração da integração na 4ª fase – enfermeiro instrumentista

E1 – “Foi uma integração longa. Lembro-me pelo menos quando eu comecei a instrumentar, pelo menos fiquei 8 meses consecutivos a instrumentar”, “Oito meses a instrumentar, entre o período que estive acompanhada e depois o de ficar a consolidar conhecimentos, estive cerca de 8 meses”.

E3 – “A mesma coisa”, “Num ano eu fiz praticamente uma valência”, “mais ou menos um ano, mais um mês, menos um mês”

E5 – “É assim, eu estive talvez mais uns 3 meses”

E6 – “Estive bastante tempo a instrumentar”

☒ Tempo acompanhada

E1 – “aí uns 3 meses no mínimo”, “Depois havia já cirurgias em que nós podíamos avançar sozinhas, não é? Mas depois havia outras cirurgias mais complexas que já exigia que estivesse presente outra pessoa. Mas eu acho que na altura foram para aí uns 3 meses”

E6 – “Não estive sempre acompanhada e saltei da circulação para a instrumentação, porque me foi permitido pela minha integradora na altura, mas estive sempre com muito apoio. Nunca estive a dois na sala, basicamente.”

☒ Cimentar conhecimentos e experiências

E5 – “depois ter oportunidade de praticar aquilo que se esteve ali a aprender, e até mesmo para as dinâmicas em sala, ter cada vez mais e mais pessoas novas a chegar, acaba por dificultar a dinâmica da sala e sacrificar por um lado as integrações e a qualidade das integrações, sacrificar também quem está mais presente em determinadas valências, porque acaba por ter que integrar diferentes elementos consecutivamente e não tirar daí o sumo”

☒ Motivo da vinda para o bloco operatório

E1 – “Para ter horário fixo”

“há pessoas que vieram para aqui porque quiseram, porque têm interesse em aprender alguma coisa sobre bloco, mas há outras pessoas que vieram para aqui porque querem ter um emprego, não querem ter um trabalho”

“há pessoas que vêm para aqui já com alguma experiência hospitalar, já têm experiência profissional, e que vêm para aqui a pensar que o bloco que é uma coisa muito *soft* uma coisa muito *light*”

“as pessoas às vezes se calhar também vêm com umas expectativas um bocadinho altas que efetivamente vão ter o horário que querem, vão ter o serviço que querem, vão fazer aquilo que querem, vão ter folgas quando querem e estão pouco disponíveis para algumas alterações na vida do dia a dia, não é? E depois tudo isso influencia a postura com que a pessoa está aqui”

☒ Mudança de valência cirúrgica durante a integração

E1 – “alguém decidiu que não eram necessárias duas pessoas no recobro a 42 horas e que uma teria que sair para fazer a integração na sala”

“eu avancei para as salas, para a sala Y e fui integrada então na valência Y comecei pela anestesia e fui integrada”

☑ Integrações antigamente

E1 – “Lembro-me que foi uma integração progressiva, comecei pela anestesia, depois comecei a circular, sempre acompanhada, algum tempo. Pelo menos algum tempo eu ficava acompanhada a circular e só depois é que ficávamos independentes e depois avançámos para a instrumentação e também fiquei algum tempo a instrumentar e depois para consolidar fiquei bastante tempo... fiquei 8 meses”, “Deve ter sido para aí um ano de integração”

E2 – “as pessoas eram um bocado mais brutas... eu acho... quando nós entramos as pessoas eram mais rigorosas, mais brutas, não havia rendição para almoço... não havia nada... Tu estavas ali até às 4 da tarde se fosse necessário e ficavas... Tantas vezes na valência X que eu fiquei... eu nem tinha fome, se queres que te diga... qual fome...!”

E3 – “eu quando vim, como disse fui muito bem acolhida, não tive assim muito tempo de integração porque já tinha experiência naturalmente, mas depois pronto... fiquei aqui na altura... quando eu entrei fazíamos um bocadinho de tudo. Não havia ninguém afeto à área A, B ou C. lembro-me que após um tempo de eu ter chegado é que começou a haver a construção das equipas por valências. Foi mais ou menos um tempo depois, pouco tempo depois de eu ter chegado”

☑ Estabilidade da antiga equipa de enfermagem

E1 – “a equipa de bloco era uma equipa muito mais estável”, “Havia um grosso de pessoas muito experiente nesta casa”

E3 – “fui muito bem acolhida, aliás, a equipa era uma equipa experiente e, portanto, tinha poucos elementos mais jovens. Eu provavelmente fui uma privilegiada porque era um dos elementos mais novos a entrar. A equipa estava muito equilibrada e raramente entravam pessoas novas ao serviço e isso é super importante para a estabilidade da equipa, não é? Como disse fui muito bem acolhida por toda a gente, “senti-me em casa””

“quando eu vim aqui para o bloco, o bloco antigo, a equipa, lá está, era uma equipa muito experiente, muito coesa e fui muito bem acolhida, como disse”

☑ Entrada e saída de enfermeiros do serviço

E1 – “depois foram-se reformando e foram entrando pessoas que depois também não deram grande estabilidade ao serviço porque apesar de já não se lhes conseguir fazer umas grandes integrações e tão longas no tempo, mas acabou por ser necessário”

“em tempos era política do bloco não haver colegas espanhóis no bloco. Era política do serviço, mais ou menos, porque a integração no bloco era uma coisa extremamente longa no tempo e em termos de experiência era importante as pessoas terem-na e manterem-na, mas às páginas tantas eles também vieram”

“Tivemos as 2 espanholitas lá de cima da Galiza, tivemos uma de Huelva, tivemos outra de Córdoba, tivemos outra da Granada, tivemos outra lá de cima...”

“Logo a seguir saíam com experiência”

“Depois também tivemos a experiência dos colegas do Norte. Que também vieram, ficaram algum tempo e depois também avançaram para cima novamente”

“nós temos gente em Castelo Branco, temos gente em Vila Real, temos gente em Braga, temos gente no Porto, temos gente em Viana, em Coimbra, no Algarve, em Castelo Branco... não sei se já

tinha dito... Temos gente espalhada por aí que fez a formação aqui, inicial. Era gente que não tinha experiência nenhuma e veio aprender as coisas aqui.”

“É uma equipa muito volátil”

E3 – “havia muito cuidado na triagem dos elementos aqui para o bloco. Ter o cuidado de serem aqui de Lisboa, não serem do Norte, não serem de Espanha, este tipo de seleção. (...) entretanto, houve um lapso em que não havia pessoas para entrar aqui no bloco e, entretanto, começaram a entrar os primeiros espanhóis”

“Entretanto começaram a entrar pessoas do Norte que ficavam aqui pouco tempo, havia todo um investimento de integração por parte dos integradores e do serviço e depois quando já estavam integrados saíam.”

✓ Investimento nas integrações

E3 – “E isto é um grande investimento. É um investimento que o serviço perde porque esteve ali muito tempo para preparar aquele elemento, o elemento sai e não acontece nada”

“Nestas situações até acho, se me permites, que devia de haver uma indemnização ao próprio serviço e que não existe (...) o serviço perde e para os integradores é muito desmotivante porque passam anos e anos e anos a fazer integrações e quando a pessoa está minimamente integrada sai e não há compensação nenhuma, não é? Por outro lado, o integrador não tem a possibilidade de fazer outras coisas porque está sempre de integração.”

“devia de haver na minha opinião um retorno (...) para a instituição é uma grande perda, depois volta novamente à estaca zero, e isto é um investimento em termos monetários em que se está a perder imenso”

☑ Existência de uma equipa única no BOC

E1 – “a equipa de recobro na altura era uma equipa mais ou menos estanque (...) não circulava pelas salas, porque a equipa do recobro era uma equipa mais ou menos fixa, era só recobro que fazia, mas depois disso foi progressivamente sendo (...) as coisas na altura pensavam-se de outra maneira, mas progressivamente as coisas foram-se diluindo e a equipa passou a ser uma só.”

“o serviço começou a funcionar de outra maneira, é uma equipa única, não há equipa de roulement, não há equipa de recobro, há uma equipa única, por um lado tem vantagens, por outro lado tem inconvenientes, porque (...) exige-se das pessoas, muitas das vezes coisas que elas não têm ainda potencial para dar, mas depois temos o reverso da medalha. Depois as pessoas dão-se ao direito de dizer “Eu não faço isto porque eu não tenho integração”, “Ai eu nunca vi fazer isto (...) avanças e vês””.

☑ Desempenho de funções sem integração nem experiência

E1 – “chegamos ao cúmulo dos cúmulos de eu ter uma pessoa na sala que já passou por várias valências cirúrgicas, inclusivamente fez integração na sala, que ela vai estar perante uma cirurgia X e diz “Eu nunca fiz esta cirurgia”. E nós ficamos a olhar para a pessoa e dizemos “Tens que avançar!””

E2 – “fui logo para as crianças e nunca tinha tido integração e fiquei na sala X. Pronto... que não correu muito bem!”, “... A primeira vez que eu fiz uma craniotomia fiz sozinha...”, “estava a enfª X de fora e eu estava na cirurgia... Foi muito bom... Eu essa noite, quando vi a distribuição, fiquei a noite toda a ver...”

☑ Principais dificuldades

E2 – “quando ultrapassei a primeira impressão menos boa, mas que rapidamente foi dissolvida, foi o facto de vir como elemento, vindo do bloco operatório do Hospital X, e trazia assim “uma etiqueta na testa”, tipo “uuuiii, como é que ela vai ser?”. (...) Pronto, penso que isso foi assim o mais... o mais difícil”

✓ Instrumentação

E1 – “Na altura da minha integração... eu sofri um bocado com a instrumentação! Porque para mim aquilo era uma coisa muito complicada, porque eu sentia um sentido de responsabilidade em relação à tarefa que nós íamos desempenhar na cirurgia que aquilo sempre me causou uma ansiedade imensa. Eu lembro-me das primeiras vezes que eu estive em grandes cirurgias... eu ali sozinha (...) eu sentia um *stress*, percorriam-me suores frios... Enquanto aquela cirurgia não começava e eu começava a sentir que dava resposta, aquilo era um *stress* muito grande para mim. Era um *stress* muito grande para mim”

“O estar sozinha, o sentir que podia acontecer alguma coisa no intraoperatório que eu não conseguia dar resposta... aquilo para mim era uma coisa muito angustiante! Muito mesmo, muito. Sentia uma angústia imensa”

✓ Anestesia

E2 – “Sim! Exatamente... Lembro-me perfeitamente de ter feito entrevista com a chefe e dizer-lhe “nunca tive com crianças”!”, “E de anestesia também!”, “Principalmente com as crianças... foi um bocadinho complicado”

“Sim, sentia dificuldades. Eu cheguei a passar a noite a estudar cirurgias”

E6 – “As dificuldades que eu tive inicialmente numa primeira abordagem, inicialmente logo foi com a terapêutica e com os ventiladores, porque não tive qualquer tipo de estágio nem experiência nenhuma em escola, relacionado com bloco operatório.”

✓ Ambiente austero

E3 – “dificuldades sentimos sempre (...) quando tu queres melhorar e é muita coisa nova e queres dar resposta e podes não conseguir dar resposta imediata, mas provavelmente o que me custou mais foi o ambiente austero”, “o ambiente às vezes austero, o stress, porque o indivíduo quando vai para bloco operatório, e na altura não havia essa perceção, agora felizmente já há, havia muito a noção que o enfermeiro de bloco operatório é um elemento tecnicista, pura e simplesmente tecnicista, o que não é verdade”

✓ Autonomia

E4 – “Perceber que tipo de autonomia é que tinha. Tipo... o doente tem dor, tenho Paracetamol, mas posso mesmo fazer-lhe? Ou tenho que perguntar a alguém se lhe posso fazer?”

✓ Atitude algumas colegas

E4 – “é mais atitude de colegas do que propriamente a atitude de cirurgiões”, “dos cirurgiões nunca tive razão de queixa. Dos anestesistas também não. As colegas... depende, mas houve colegas um bocado... Na primeira valência, só houve uma colega que vá... não me facilitou a vida. E para além de não me facilitar a vida, também não queria que eu perguntasse a mais ninguém, nem falasse com mais ninguém”

✓ Não ter ninguém responsável pela integração

E5 – “Dificuldades que eu senti, objetivamente, como o facto de não ter uma pessoa que fosse responsável pela minha integração. Havia duas ou três pessoas com quem eu estava mais, sendo que uma delas eu não me identificava de todo com ela. E por uma questão pessoal, era difícil lidar com a situação.”

✓ Especificidades relacionadas com os profissionais

E6 – “A segunda dificuldade foi adaptar-me às 500 mil formas de trabalhar das 500 mil pessoas, sendo que nas valências apesar de os enfermeiros serem mais ou menos fixos, os anestesistas rodavam bastante e tive um bocadinho de dificuldade em aterrar, porque estava num momento de aprendizagem meu, de fármacos, de procedimentos e adaptar-me, posso dizer, às formas de trabalhar ou quase manias de cada pessoa, foi um bocadinho difícil. Foi a minha maior dificuldade.”

☑ Como conseguiu superar

E1 – À medida que ia conseguindo estar mais integrada “Exatamente”, “Sentia-me mais capaz e sentia-me mais tranquila com as coisas...”

E2 – “Os cirurgiões ajudavam, os nossos colegas ajudavam o que podiam, de fora...”, “cirurgiões (...) Bem, ajudaram-me muito! Foram muito queridos. É assim. Eu acho que é um processo de várias pessoas... Os nossos colegas também, só que... nem sempre há disponibilidade”

E3 – Pela experiência “Sim”, “tentar colher informação, dar resposta, falar com os colegas”, “Tenho dúvidas pergunto. Se do outro lado acham idiotice estes anos todos a... não me interessa. Continuo a questionar. Sempre que tenho dúvidas pergunto. Por muito “tola” que possa parecer a pergunta...”, “parece que o questionar, é sinónimo de não saber, demonstrares que não sabes o que estás a fazer. Que é perfeitamente errado. O facto de questionares revela inteligência, revela crescimento, revela que não tens problemas de dizer “Olha estou aqui na dúvida... como é que é esta dosagem?” Por exemplo. Às vezes acontece, mesmo as dosagens que tu fazes diariamente, às vezes tens “brancas”. (...) Qual é o problema? Pergunta-se. É melhor perguntar do que estar a errar, não é?”

E5 – “À medida que fui adquirindo mais experiência e fui sendo capaz de ter mais independência, eu fui ultrapassando isso”

E6 – “Eu acho que foi mesmo com a experiência. E com a permanência na valência. Porque deu possibilidade de conhecer as diferentes formas de trabalhar e repeti-las vezes sem conta.”

☑ Atualidade das integrações

E1 – “Eu era incapaz de, e ainda hoje sou incapaz, de uma cirurgia que eu não conheço, mas que faço alguma ideia daquilo que se vai passar, de dizer “Não, eu não vou para a mesa porque eu não sei fazer esta instrumentação.””

“eu sei que (...) é preciso fazer ali algumas coisas um bocadinho mais fora do nosso contexto mas que nós também sabemos que existem, e causa um bocadinho de transtorno isto. Por isso, às vezes tenho alguma certa dificuldade em lidar hoje com este tipo de mentalidade. Mas pronto, se calhar é da geração e eu já estou um bocadinho fora deste contexto.”

“As integrações hoje são muito, mas muito insuficientes para as necessidades que as pessoas têm”

E2 – “às vezes nós não temos muito tempo, cada vez temos menos tempo para fazer as integrações”

E3 – “Eu acho que se devia começar tudo de novo”, “Nós queremos é passar o nosso saber e aquilo que nos passaram a nós, passar a outras pessoas para fazerem o seu trajeto da melhor maneira, e que o façam da melhor forma. Que façam bem, que se sintam bem e não o contrário. E que sejam depois autónomos, não é? Que sejam autónomos e que não precisem de nós”

✓ Sugestões sobre a atualidade das integrações

E5 – “acho que devia existir alguma grelha de elementos mais objetivos dirigida a cada especialidade que pudesse ser tida como referência quer para quem está a ser integrado, quer para quem integra, quer para quem chefia. Creio que a opinião de quem está a integrar as pessoas também devia ser importante, no momento de se avaliar essa integração. Por vezes as pessoas são dadas como integradas e nem sempre quem integra é consultado nesse momento.”

E6 – “As pessoas deviam estar acompanhadas e não em integração a contar como elemento. Obviamente que tem que haver um tempo estipulado para que as pessoas se integrem, não podem ficar permanentemente acompanhadas, mas deveria haver avaliações intermédias para perceber em que ponto da situação é que as pessoas estão, donde o formando e o formador davam a sua opinião em relação às dificuldades que estavam a ter e aos progressos”

☑ Tempo necessário para as integrações

E1 - “Pessoas com experiência zero de bloco, que têm experiência única e exclusivamente de enfermaria, vêm para um serviço destes, o tempo que se lhes pede para elas estarem em condições de funcionar numa valência cirúrgica, seja ela qual for”

E2 – “Sim, e não tem que ser estanque”

“quando eles vêm só com experiência de enfermaria, é difícil pô-los a funcionar.”

☑ Cumprimento dos períodos de integração

E1 – “No meu tempo era provável que sim, que fosse. Há 20 anos atrás era natural que sim”

“Eu também sei que o meu tempo de integração na sala, na valência X foi mais longa porque eu também não tinha experiência nenhuma de bloco”

☑ Tempo de integração numa segunda valência

E1 – “saí da valência X e fui para a valência Y, onde estive 5 anos”, “quando há uma pessoa que vem de outra valência já tem...”

☑ Exigências dos integradores

E1 - “causa-me um bocadinho de transtorno e por vezes o que se exige aos elementos integradores e que são esses integradores que são os elementos de referência de cada uma das especialidades”

“o que se exige hoje em dia dos elementos integradores, eu acho que é um trabalho muito, muito substancial. Porque que são os segundos responsáveis de valência, acho que estão muito sobrecarregados”

“nós quando estamos na sala tentamos fazer que as coisas resultem que toda a gente funcione, pôr toda a gente a trabalhar, mas há muito trabalho para além daquele que nós fazemos na sala que é preciso fazer e nem sempre nós temos essa disponibilidade e como temos 1001 tarefas, nem sempre conseguimos dar a atenção que as pessoas precisam na mesa. Ou na mesa ou na anestesia”

E3 – “Sim. Um esforço acrescido, muito grande. Fazeres integração a dois elementos em simultâneo”

“que haja tempo também, porque isto é tudo muito bonito mas, tu estás na sala, estás a fazer integração e é a pressão dos *timings*, do tempo da sala entre uma cirurgia e a outra, a preparação do material e equipamento, dás resposta a “n” coisas em simultâneo”

E4 – “tens que conseguir gerir todas essas três fases de integração diferentes em que cada uma está, mas nenhuma está totalmente integrada... (...) e as rotinas da sala”

“Neste momento há muitas integrações e o pessoal começa a ficar farto e ao fim da segunda, terceira pessoa, já... qualquer coisa... vai aí e procura... Eu tento que não seja assim, mas às vezes chateia um bocado”

✓ Motivação dos integradores

E6 – “A própria forma de trabalhar; a motivação dos integradores reduziu drasticamente. As pessoas estão sem paciência, porque para já também estão a formar pessoas a toque de tambor, com um prazo muito curto. Independentemente, é pedido às pessoas que façam uma integração aos novos elementos, no entanto, independentemente da avaliação que os integradores façam, se o serviço considerar que é tempo da pessoa saltar fora e ir para outra valência, o que se sobrepõe é a decisão da chefia e isso desmotiva os integradores.”

☑ Integração de mais que um elemento em simultâneo

E1 – “nós estarmos com alguma pessoa que começou a dar os primeiros passos sozinha na mesa, que precisa de muito apoio, e temos uma outra na anestesia, que também está nessa fase (...) se me perguntas se nós estamos com 2 elementos que estão em integração? Sim, porque muitas das vezes posso não considerar que a pessoa já está apta para estar sozinha. A desempenhar as suas funções a 100%.”

E3 – “Tive mais do que um”, “É muito complicado, não é? É muito complicado...”, “Deixa-me dizer-te que por vezes até a 3”, “3 recém-experientes”, “Não era o habitual, mas que aconteceu... aconteceu”

E4 – “Ah sim! Em várias posições da sala distintas”, “Esta pessoa está a ser integrada de anestesia, tu ficas com ela, a que está a instrumentar não sabe bem o que está a fazer e a que está a circular está mediantemente integrada. Portanto... orienta-te!”

E5 – “A integrar pessoas não. Embora eu sentisse que já por mais do que uma vez estive a integrar uma pessoa e com outro elemento em sala que eu não considerava estar tão bem integrado, que devesse estar a contar como elemento. Isso já senti. Felizmente não é o padrão diário.”

E6 – “Não, mas tive frequentemente enfermeiros que tinham acabado a sua integração ou que o serviço considerou como integração, independentemente de ser um período muitíssimo curto, em conjunto com elementos que estavam em integração.”

✓ **Integração feita por mais que um integrador**

E4 – “Com os elementos X e Y. Eram sempre as mesmas no recobro”

“estive sempre com ela de anestesia. E a instrumentar e a circular também só que isso já variava um bocadinho mais, mas de anestesia estive quase sempre com ela”

E5 – “se eu estiver um mês com essa pessoa e depois vem outra pessoa a seguir e está mais um mês com essa pessoa ou duas semanas ou três semanas, não sabemos muito bem em que ponto é que a coisa está”

☑ **Dificuldades do serviço**

E1 – “Que o serviço vive momentos difíceis? Acredito que sim. Mas é preciso fazer funcionar o serviço.”

“Porque as pessoas depois também são inteligentes o suficiente para perceberem esta dinâmica, não é? E depois usufruem e jogam. E eu acredito que não seja fácil gerir uma equipa assim.”

E6 – “Com frequência contam como elemento”

✓ **Colmatar falta de elementos com enfermeiros em integração**

E3 – “Jamais, jamais. Nunca acontecia isso. E deixa-me dizer-te que isso... tu podes... podemos estar a resolver um problema do momento, mas esse problema que é resolvido nesse momento, vai potenciar esse problema à posteriori, percebes? É muito melhor tu colmatares esse problema de forma eficaz, de forma a que no futuro isso não vá interferir, de forma negativa do que ao contrário e provavelmente atualmente, alegadamente parece que existe aqui o contrário...”

E6 – “tenho frequentemente pessoas que estão em integração que se faltar um elemento, às vezes vão para a sala substituir um outro”

☑ **Dinâmicas no BO**

E1 – “vir para um bloco sem experiência nenhuma, há dinâmicas completamente diferentes de trabalho, e só quem não tem experiência de bloco, só quem não funciona num bloco é que não sabe isso, porque há uma dinâmica de sala que a pessoa vai interiorizando muito lentamente... porque é preciso perceber que estão ali 4 núcleos profissionais completamente distintos e que cada um deles funciona de uma forma distinta. E que aqueles 3 enfermeiros estão ali e para mim funcionam como elo de ligação em cada um dos polos e são eles que fazem a ponte entre a anestesia e a cirurgia e o auxiliar e que é esta dinâmica que também exige algum tempo de preparação para as pessoas. Há campos que não podem ser infetados, há mesas que não podem ser infetadas, a circulação de pessoas é diferente, por conseguinte é toda uma dinâmica.”

☑ **Primeira integração**

✓ **Três meses de integração**

E1 – “Quando uma pessoa não tem experiência nenhuma, eu acho que é obrigatório numa primeira valência, os 3 meses não chegam de todo. Não digo que depois quando se salta daquela primeira para outra segunda que se lhe dê menos tempo, agora numa primeira fase eu acho imprescindível.”

“É de todo insuficiente! Então para uma pessoa inexperiente, é de todo insuficiente!”

“Durante mais tempo obrigatoriamente, principalmente para quem tem a primeira experiência.”

“devia haver a preocupação para numa fase inicial, com uma primeira experiência numa sala cirúrgica, dar mais tempo, porque depois o resto, quando a pessoa tem as bases da dinâmica do bloco, tudo isto, a pessoa aprende em qualquer valência, não é? E depois as outras fases seriam mais *softs*, porque depois a pessoa precisa é de saber as coisas específicas. A anestesia é similar em qualquer valência, uns fazem mais uma coisa, outros fazem mais outra, mas cateteres centrais metem-se em todas as valências, as linhas arteriais metem-se em todas as valências é semelhante, agora mais específica um bocadinho é a circulação e a instrumentação, basicamente.”

“só a experiência, só os anos é que permitem que a pessoa tenha a segurança suficiente para... não é a pessoa estar 3 meses aqui e depois ir mais três meses para aquela valência”

“Porque a valência Y é uma valência que precisa de muita prática! ...instrumentar a valência Y, uma das suas componentes cirúrgicas é extremamente complexa. Eu sei disto com conhecimento de causa. É extremamente complexa, se calhar até mais complexa do que a valência Z, acho eu. Porque a dinâmica da instrumentista, em relação à equipa cirúrgica é muito grande. Um instrumentista na valência Y tem muita dinâmica.”

E3 – “Se são escassos?”, “é manifestamente pouco, não é?”

“Eu acho que um elemento que vem para o bloco operatório pela primeira vez, muito honestamente, só ao fim de um ano (...) é porque é muita coisa para aprender, é muita informação. Ao fim de um ano ainda achamos que não sabemos nada, não é? Ao fim de um ano...! E isso não quer dizer que não estejas a fazer um aboa integração, e que não estejas a fazer uma boa aprendizagem, mas convenhamos... um ano... não é nada... Um ano é o mínimo para tu começares a... antes de um ano não é nada”

E4 – “na sala estive de integração, até sair de lá, estive um ano inteiro (...) estive um ano inteiro até sair”, “Só na primeira valência”

E5 – “Vai para aí em 6 meses para mais! Até porque as fronteiras não existiam. Não existia aquela fronteira “agora estás a instrumentar””

E6 – “Sem dúvida alguma. Nem sei como é que pode ser menos que 3 meses numa valência.”

✓ Começar pela anestesia

E1 – “Anestesia, sempre! Começar pela anestesia, acompanhada inicialmente, depois permitir à pessoa que comesse a funcionar”, “De anestesia! Sim, sempre com supervisão. E depois deixá-la assimilar conhecimentos.”

✓ Começar pela circulação

E3 – “a parte da circulação faz a ponte entre a anestesia e a instrumentação, daí ser importante a integração começar por aí. Abraça e torna se calhar o elemento mais sensível o

facto de trabalharmos em equipa, de passarmos a informação mais importante ser logo transmitida. Faz ali o intercâmbio entre as duas áreas”

✓ Começar pelo recobro

E4 – “Eu acho que deviam começar pelo recobro. Para ter uma noção geral das dificuldades do recobro, do não haver cama, pronto, dos *timings*... Pronto, acho que era importante! De como é que se articula com o piso, com os auxiliares... dá uma noção bastante importante e saber o que é que é uma urgência, o que é que não é uma urgência... Pronto, dá-lhe uma noção geral do bloco. Depois ir sim para uma especialidade, mas estar lá um ano.”

✓ Quanto tempo de anestesia na 1ª integração

E1 – “Para uma pessoa que não tem conhecimento de anestesia, eu acho que no mínimo, no mínimo... 3 semanas, um mês.”

“3 semanas no mínimo dos mínimos acompanhada na anestesia e depois deixá-la estar ali na anestesia durante um mês ou dois meses. Dar capacidade para a pessoa se sentir à vontade.”

✓ Quanto tempo a circular na 1ª integração

E1 – “Aí a circulação vai sendo assimilada com calma... enquanto a pessoa vai estando a ser integrada na anestesia, ela também vai sendo integrada na circulação”

“não é tempo desperdiçado em anestesia, porque a pessoa até mesmo naturalmente, quando já está mais segura na anestesia ela naturalmente começa a virar a atenção para outras coisas. Nós pelo menos na sala da valência X, nós vamos sempre dando dicas, estás a ver? Vamos sempre dizendo isto serve para isto, isto serve para aquilo... olha anda cá ver como é que isto funciona, anda cá ver esta máquina, anda cá ver aquela situação...”

“depois também era importante ter um período de circulação, provavelmente não tão longo como na anestesia, mas é importante também ter, porque há particularidades, há os sítios das coisas, há um infindável número de coisas que nós não dizemos sempre”

✓ Quanto tempo a instrumentar na 1ª integração

E1 – “a instrumentação depois também algum tempo de experiência. Inicialmente acompanhada sim e depois dar também tempo para a pessoa cimentar os conhecimentos. Porque depois o que acontece é que se a pessoa tem pouco tempo de integração, vai a uma sala, apanha o básico e depois vai para outra sala e depois há o dia em que tem que voltar à primeira e não faz.”

✓ Como está a ser feita a integração na atualidade

E1 – “A forma como nós estamos a trabalhar agora na sala X, tendo em atenção os períodos tão curtos que temos de integrações, digamos que nós vamos introduzindo a circulação e depois à posteriori a instrumentação de uma forma... não há períodos estanques. Ok? A pessoa está ali a ser integrada na anestesia, numa fase inicial está muito na anestesia, mas depois as coisas vão sendo... vai havendo uma ponte entre as duas áreas. A pessoa é chamada, quando já está mais integrada, mais interiorizada, vai sendo chamada para a outra área, vai sendo chamada à circulação para determinada situação ou para determinada coisa.”

“Nós vamos interiorizando as coisas progressivamente. E há um dia em que ela é chamada, mesmo estando ainda a circular, é chamada para se desinfetar com a instrumentista. Vai para a mesa para observar, para estar, para mexer nas coisas e as coisas vão sendo integradas de uma forma muito dinâmica. E há um dia em que há uma cirurgia mais simples e ela vai entrar sozinha. Connosco ali a dar orientações. As coisas vão sendo... não há integrações estanques”

✓ Comparação entre as integrações antigamente e atualmente

E4 – “Piorou! É que... é pior que piorou... Não existe... As pessoas chegam ao serviço e é assim “Ah e tal... isto é o bloco, isto são umas seringas e orienta-te para aí. Isto é o Propofol...” e já está. Todos os dias estou com pessoas diferentes, o que às vezes não é necessariamente mau, não é? Depois são integradas com pessoas que estão pouco integradas...”

E5 – “As principais diferenças... eu creio que neste momento nas integrações há uma maior pressão para que as pessoas sejam integradas mais rapidamente e isso é uma diferença que eu noto. Há menos possibilidade de ter um elemento extra para quem está em integração não ficar sozinho, não é? O que eu noto mais é que creio que não há um acompanhamento do processo em si. O que é que eu quero dizer com isto? Que não existem objetivos específicos, não há metas para atingir, a pessoa está integrada ou não está, não podemos dizer que ela está parcialmente integrada, ou seja, a pessoa não se pode propor a ela a atingir determinados objetivos porque ela não sabe que objetivos é que estão subjacentes ao processo de integração. Ou está ou não está. E muitas vezes quem integra não tem uma palavra a dizer sobre o processo. As pessoas vão sendo integradas e poder-se-ia alterar alguma coisa a meio do caminho, mas isso não sucede”

E6 – “Não tem nada a ver...”, “O tempo de integração, reduziu muito!”

✓ Integrações posteriores à primeira

E3 – “quando vai para outra área cirúrgica, certamente que vai demorar muito menos, porque já há coisas que já conseguiu aprender”

E4 – “E a segunda também, porque se vais para uma valência totalmente diferente... por exemplo da Neurocirurgia para uma Cirurgia Geral, os ferros não têm nada a ver... nada tem nada a ver... É começar do zero. “Ah mas está de anestesia”, a anestesia não tem nada a ver, há coisas que são completamente diferentes. Há outras valências não, que dá. Estar só ali um mesito de anestesia consegues...”

✓ Apostar nos novos elementos

E3 – “o primeiro ano de integração em bloco operatório, em bloco e se calhar no exercício profissional, a outros níveis, deve ser o ano que se deve dar a maior aposta a esse profissional, porque certamente que o futuro, o futuro do serviço vai depender desse novo elemento, não é? Porque esse elemento vai ser a cara futura do serviço e, portanto, deve-se apostar, se queremos um bom serviço, se queremos ter um serviço que esteja no topo, não é?”

“é uma mais valia também para as pessoas ficarem mais motivadas para o seu exercício profissional, mas é importante também que as pessoas não se esqueçam que a maior riqueza que os serviços têm é precisamente os recursos humanos que muitas vezes são esquecidos. E apostar nos

recursos humanos é certamente uma mais valia para o sucesso desse serviço e acho que é extraordinariamente importante...”

✓ Reconhecimento pela equipa do elemento em integração

E4 – “eu acho que é muito importante, para além da integração, e do saber instrumentar “Ah e tal, porque ela esteve lá duas semanas, já sabe instrumentar”, eu acho que é importante as pessoas ganharem o lugar delas na sala. Tipo “Ah, olha eu já instrumentei 500 aneurismas lá fora mas vocês nunca me viram...”, não dá segurança a ninguém. Pelo menos ser visto na sala e as pessoas conhecerem, conseguirem se articular todos, não é só chegar lá “Quem é que vem para aqui?” Nem sei que é que foi... “Esteve cá não sei quanto tempo...””

☑ Diferentes tempos de aprendizagem

E1 – “Cada um tem os seus limites, cada um tem os seus tempos, as pessoas têm maneiras de estar diferentes. Há pessoas que por exemplo não se importam de ir para uma cirurgia que nunca viram e chegar à mesa e serem um bocadinho abanadas pelo cirurgião porque a pessoa não está a conseguir dar resposta e a pessoa vive bem com isso e avança para a frente e amanhã está lá para fazer o mesmo trabalho, mas há outras pessoas que reagem de uma forma diferente. Se algum dia são um bocado mais mal educados com eles ou se são um bocado mais duros, a pessoa já não fica bem e já não consegue (...) avançar com tranquilidade suficiente para a (...) outra cirurgia que lhe seja pedida para avançar”

E2 – “há pessoas que se integram melhor numas partes do que outras. Portanto, o tempo de integração é muito diferente. E o dizemos: “Ah! É um mês para a anestesia”... Há pessoa que não precisam de um mês, mas há pessoas que até precisam de mais que um mês. O que não quer dizer que depois não venham a ser até melhores profissionais que os outros.”

“Não quer dizer que seja só o tempo de integração. Ok, de acordo com cada um, a pessoa pode ser mais rápida ou menos...”

E3 – “nós não somos todos iguais e portanto não temos todos o mesmo ritmo. Isso não é mal nenhum. O facto de sabermos que para atingir um determinado nível, eu demoro mais um dia que tu ou outro elemento que demora 5 min... Isso tem a ver com os *timings* de cada um, o que não significa que à posteriori, as coisas não sejam inversas”

“não deveria de haver problemas em a pessoa dizer “Ok. Estou aqui há um mês, mas ainda não me sinto integrada, não me sinto à vontade” (...) se o elemento não se sente à vontade, para já, em primeiro lugar, não deve ter receio de o verbalizar. Se tem receio de verbalizar, temos que questionar porquê... (...) será que é penalizado superiormente? Será que lhe é apontado o dedo “Como é que é possível, então está aqui há tanto tempo, como é que não é capaz...”, não é?”

“as experiências não são todas iguais, os programas operatórios não são os mesmos, não é? Porque tu tens às vezes alturas que tens sempre mais ou menos o mesmo tipo de cirurgia, e que não apanhas outras. Temos que ter em conta as equipas cirúrgicas que calham que isso também é muito importante, não é? Os horários, se o integrador esteve de férias e passaste para outro elemento, se houve feriados, há uma série de coisas que não se pode dizer é um mês pelo total e às vezes isso, alegadamente parece que aconteceu. Parece-me, não sei...”

E4 – “Cada um tem os seus tempos de integração”, “Há uma pessoa que uma vez foi lá para ser integrada na sala e... aquilo demorou um bocado...”, “Sim! É um bom profissional agora e domina a

coisa, mas... demora um bocado... Vinha de uma especialidade completamente diferente, com uma dinâmica da sala completamente diferente e demorou um bocadinho... Mesmo de anestesia, e estava integrado noutra especialidade e mesmo entrando para a anestesia, aquilo... não foi fácil.”

E5 – “há pessoas que o fazem em diferentes ritmos e há diferentes formas de se posicionar perante um processo de integração. Ou seja, há pessoas que são mais proactivas, outras menos proactivas, há pessoas que hoje dizem que estão integradas e amanhã para a mesma coisa com pessoas diferentes já dizem que não, consoante as conveniências”

“há pessoas que se integram em 2 ou 3 semanas e há outras que demoram bastante mais tempo”

☒ Gestão das integrações em sala operatória

E1 – “Vocês fazem a distribuição lá no gabinete, e nós vamos gerindo, as coisas vão sendo aferidas diariamente, os programas operatórios e as coisas (...) as coisas não são estanques. Há uma interligação e a pessoa vai progressivamente aparecendo na circulação, aparecendo na mesa, estás a perceber? Por conseguinte não há aquela clivagem “é hoje já você que está a instrumentar”. Porque nós achamos que também é importante para a equipa cirúrgica as pessoas irem aparecendo na mesa. Um dia estão aqui, no dia seguinte aparecem, já montam uma agulha no porta agulhas, já passam uma hemostática ao cirurgião, já põem uma compressas às mãos do cirurgião, estás a perceber? Por conseguinte as coisas vão sendo mais diluídas, vá lá...”

E4 – “Sempre que havia cirurgias um bocadinho mais diferenciadas, elas ofereciam e eu entrava para a cirurgia”

E5 – “houve dias em que até estaria a circular e acabei a instrumentar, mas tive sempre o apoio de alguém. Eu não estava em total autonomia, pelo menos eu não me considerava estar em total autonomia”

“na prática não tenho controle sobre quando é que a pessoa deve estar de anestesia ou em que cirurgias é que deve estar de anestesia, em que cirurgias é que deve estar a circular. Há alguma margem para eu gerir isso em sala, por vezes faço e altero as posições em sala, mas não é o mais comum. Nem sempre há essa abertura”

“Há pessoas que olham para a distribuição que é feita pela chefia como sendo mais rígida e nem sempre eu me predisponho a mudar isso. Porque também entendo que se não sou eu que o faço, alguém que o faz, também poderia ser consultado para alterar isso, se as pessoas não estão de acordo... Não sinto que tenha que ser eu a mudar só porque sim”

☒ Importância da formação de adultos nas integrações

E1 – “a formação de adultos é uma coisa complexa, que tem muito a ver com a educação da pessoa, com as experiências que a pessoa teve, o interesse que a pessoa pode ou não manifestar”

“a integração de uma pessoa destas, em funções, já, não é a integração de um aluno, é a integração de um profissional, que tem já competências, tem que ser dada de uma forma dinâmica e tem que ser adaptado todos os dias”

E2 – “Tem que haver um trabalho por parte de quem está a ser integrado. Tem que haver!”, “Há coisas que a pessoa tem que saber porque é que está a fazer... Não é só: “Ai o fulano faz eu também vou fazer...”. Tem que saber porque é que faz! Tem que haver muito trabalho. O que nem sempre... pronto as pessoas chegam ali, ouvem e ficam à espera...”

“tem que partir muito da pessoa para ver onde é que estão os materiais todos. Para saber onde é que estão as coisas. O que é que precisa para a cirurgia, refletir sobre cada cirurgia e ver: “eu preciso disto, disto e daquilo...”. Mas para isso é preciso estudar um bocadinho e saber...”

“”Ai eu nunca vi essa cirurgia...”. Ok. Nunca viu, mas a pessoa pode fazer um trabalho para saber minimamente o que é a cirurgia, e o que é que precisa para a cirurgia”

E3 – “tu tens que ser muito perspicaz e isso não é ser só tecnicista, é muito mais. Depois há as relações interpessoais não é? Isto do ser tecnicista é a parte mais fácil, porque tu vais aprendendo, nem que seja por repetição e acabas por lá chegar. Quando tudo o resto que tens de aprender, o facto do saber ser, o saber estar, o saber fazer, eu diria que os dois primeiros, provavelmente, são os mais difíceis de atingir ou de fazer o caminho”

E6 – “leva a ter pessoas a trabalhar com falta de formação profissional e pessoas desmotivadas, porque sabem que ao seu lado têm pessoas em que não podem totalmente confiar, porque as pessoas não tiveram o tempo necessário de integração.

3. Plano de integração para enfermeiros no BOC

✓ Avaliação dos atuais planos de integração

E1 – “Apesar de nós termos os planos de integração por valência e de estarem preconizados determinados períodos, nós sabemos perfeitamente que não conseguimos cumpri-los, porque o serviço não permite que as coisas sejam assim, quase que se espera que as pessoas sejam integradas o mais rápido possível”

“os planos de integração, funcionam como guias de orientação, não é? Eu não vou hoje em dia, consultar um plano de integração, para saber o que é que tenho que fazer à (...) E se calhar também não lho damos a conhecer para a pessoa também não ficar tão presa. Mas funcionam como guias de orientação, e têm que existir”

✓ Nível de cumprimento do plano de integração

E1 – “Não consigo cumprir”

E4 – “A gente nem sequer sabe quem é que está em integração... (Riso) Como é que eu vou seguir um plano?”, “Eu nem sequer sei que eles estão a meu cargo”

E6 – “Não consigo conciliar isso, porque para já o tipo de doentes que aparecem trazem novas oportunidades, portanto eu não consigo controlar a ordem dos passos. Por outro lado, não consigo cumprir os tempos porque tenho frequentemente pessoas que estão em integração que se faltar um elemento, às vezes vão para a sala substituir um outro e, portanto, há pessoas que a integração delas foi feita em 15 dias ou 3 semanas, não sendo esses dias sequer seguidos.”

✓ Dá a conhecer o plano de integração ao enfermeiro que tem a seu cargo

E1 – “neste momento nem sempre. Devia...!”

E2 – “Sim, normalmente sim”

E3 – “Tentei fazê-lo, mas não se consegue”, “Está muito teórico”, “Ultimamente não o tenho feito (...) porque é impossível, não se consegue”, “Já fiz isso (...) mas ultimamente não”.

E4 – “Sim, sim”

E5 – “Habitualmente não dou a conhecer o plano de integração (...) não tenho controlo sobre o plano de integração. Ou seja, quem define os timings não sou eu enquanto elemento, se é que me posso considerar assim, integrador. As pessoas chegam, têm uma posição definida para estar na sala, eu até posso achar que determinada pessoa já está há demasiado tempo na anestesia, por exemplo, e achar que ela deve estar mais envolvida por exemplo na parte da circulação, ou até surgir uma oportunidade de estar a instrumentar, com mais ajuda naquele momento e achar que dá para fazer isso”

E6 – “Sempre”

✓ *Timings dos planos de integração*

E1 – “mesmo que nós tentássemos seguir o plano de integração, nós não conseguíamos”, “Os *timings* lá pedidos não são exequíveis para aquilo que nós temos agora e as pessoas não conseguem ficar na sala desde o momento em que para lá vão fixas para a gente conseguir aplicar o plano de integração”

“devias saber instrumentar uma grande cirurgia” ou “já devias saber instrumentar uma grande cirurgia pela técnica X”, mas as coisas são dinâmicas, nós não temos os programas operatórios de acordo com os *timings* da integração, não é? Por conseguinte estas coisas têm que ser feitas de uma forma dinâmica e flexível.”

E2 – “Não, não sigo.”, “Não sigo! (...) há passos e há “*timings*” que a pessoa já passou à frente e há outros que precisam de mais tempo. Portanto eu acho que não tem que haver um plano rígido para a pessoa. Cada pessoa é uma pessoa e tem que se adequar.”

Não podem é ser tão balizados os tempos “Exatamente”

E3 – “para as coisas funcionarem bem, acho que têm que ser planos de fácil execução, com objetivos que sejam atingíveis. Porque na prática isso é muito complicado... (...) Nenhum de nós, penso eu, nenhum da cadeia conseguiu levar, inclusive quem está em integração (...) esse plano de integração é muito taxativo, é um bom começo, está muito bem feito teoricamente, mas na prática, fazer aqueles *timings* é extraordinariamente difícil. Eu confesso que no início tentei, porque nós não podemos emitir uma opinião que seja credível, sem experimentar”

E4 – “Depois é tudo muito rápido, não dá para as pessoas consolidarem as experiências e os conhecimentos em nada. Não dá para pensarem. Hoje é uma cirurgia, amanhã é outra, depois é outra e tu no quarto dia vais-te embora e quando voltares lá passado dois meses já não sabes fazer a primeira que é a mais básica de todas.”

E5 – “quando traçamos os objetivos, termos as pessoas distribuídas por valências, e colocar-se por exemplo uma integração numa especialidade que só tem dois ou três dias de cirurgia por semana, querer fazer em três meses, implica $(4 \times 3 = 12)$ 36 dias se formos para os 3 meses naquela especialidade, enquanto que se estiverem noutra especialidade que tenha cirurgia todos os dias e eventualmente até prolongamento, nos 3 meses ela vai ter muito mais oportunidades. Essa baliza de um mês pode ser discutível”

“Eu participei na revisão de um dos planos de integração, tinha na altura até idealizado num primeiro momento determinados timings para o efeito, e foi-me pedido que esse período fosse reduzido a menos de metade, porque tinha que ser assim (...) talvez fosse importante recolher a opinião de quem tem sido integrado mais recentemente em diferentes valências, porque essas

peças também têm mais noção das carências e do que é que sentiram falta na integração. (...) para se ser integrado em determinada especialidade, são necessários 3 meses e restringirem o tempo a 9 a 12 semanas, é bastante limitador, no meu entender, e chegar ao fim e ter que dizer que determinada pessoa está integrada em função daquelas limitações, teria que se redefinir o que é estar integrado”

✓ Importância dos objetivos e não dos timings

E5 – “Exato”

✓ Pressão nas integrações

E1 – “É uma integração à pressão. E depois depende da pessoa; a pessoa tem capacidade de resposta ou não tem capacidade de resposta? E a pressão que nós sentimos...”, “Nós não conseguimos dar um ambiente tranquilo, não é? Porque depois a pressão em cima de nós também é muita”

E5 – “Existe essa pressão para que as coisas sejam feitas mais rapidamente em termos de integração, por um lado. E eu não considero isso só por si negativo. Aquilo que eu acho é que deviam existir esses objetivos a cumprir, essas metas para atingir, para determinada pessoa ser considerada integrada fosse por mim, pela pessoa B ou pela pessoa C”

✓ Opinião sobre a existência de um plano de integração único para o BOC

E1 – “Se calhar seria útil”, “Eu acho que sim! E se calhar essa ideia de haver um plano de integração para o bloco, não específico por valências se calhar era importante porque eu acho que o que era importante definir num plano de integração eram os *timings*”

E2 – “Imagina, uma pessoa já está integrada em anestesia, não faz sentido estar outra vez... não faz!”

E3 – “acho que tem que ser uma coisa prática, uma coisa mais prática. Se não for uma coisa mais prática e verdadeiramente atingível, não se consegue. Se é para ficar bonito, ok. Se é realmente para fins práticos, então tem que ser de outra forma”

“Um plano de integração, seja para que funcionalidade for, para que situação for, é sempre uma mais valia! Nós termos um plano por onde nos podemos guiar e saber, é sempre uma mais valia”, “tem que ser um guia prático, de leitura fácil e que seja exequível e que haja tempo também”

E4 – “Sim, com uns anexos ou algumas especificidades”

E5 – “se os planos de integração são bastante semelhantes entre as especialidades, já por aí se vê que talvez eles precisem de ser remodelados, por um lado. Por outro, acho que ajudaria que eles fossem mais dirigidos às especialidades mais no sentido de que alguém para estar integrado tivesse tido experiências variadas dentro da mesma especialidade. Porque, e neste bloco em específico, fazemos dentro da mesma especialidade diversos tipos de procedimentos e por vezes durante o ano existem duas ou três cirurgias de determinado tipo e por coincidência até pode ser a mesma pessoa a fazê-las. Ou seja, nem todas as pessoas terem uma experiência em todas as valências”

E6 – “Obviamente. Tem que haver um que seja transversal, porque não faz sentido... a pessoa quando muda de valência não volta à estaca zero”

✓ O plano de integração pode ajudar os novos elementos nas integrações

E1 – “Honestamente agora como estamos não pode ajudar coisíssima nenhuma! Nós não o aplicamos porque não temos condições para o aplicar”, “E às páginas tantas nós numa determinada fase já lhes estamos a exigir coisas que teoricamente ainda não tínhamos obrigação de lhes exigir”

E2 – “Pelo menos orienta-os”, “Nos objetivos! Tem alguns objetivos que vão traçando e vai orientando as pessoas para ver se sabem isto, mais ou menos”

E4 – “Para saberem o que é que é esperado deles”, “Ter objetivos, se estão no *timing*, se estão atrasados, se estão adiantados, o que é que é esperado deles a determinada altura na sala”

“Terá que ser um bocado equilibrado, ver a evolução da pessoa. Há pessoas que demora muito...”

E6 – “Eu penso que se eles conhecerem o plano de integração sabem para já o que o serviço espera deles e depois como é que eles têm que orientar o seu próprio percurso”

✓ Dificuldades do serviço que impedem o cumprimento do plano de integração

E1 – “a dinâmica do serviço nem sempre permite e nesta fase em que nós estamos agora é isso que acontece. A pessoa quando vai para a sala pode estar dois dias de integração e depois é preciso ir para outro lado... vai, depois sai e está dois ou três dias fora da sala e depois volta. De modo que é não só é uma integração que dura pouco tempo, como também é uma integração intercalada”

“Interrompida, é interrompida várias vezes e depois isso não só não facilita a integração da pessoa como depois induz na pessoa aquela coisa de “tudo bem eu vou ali faço umas coisitas” e a pessoa nunca se considera ou nunca se sente obrigada a cumprir”

☑ Reuniões periódicas com a enfª Chefe, enf. integrador e enf. Em integração

E1 – “reuniões, reuniões formais, acho que não fazíamos”, “Eu acho que não havia assim reuniões propriamente formais; havia conversa sim, era normal que a pessoa que estava a integrar tivesse falado com a chefia, na perspetiva de perguntar como é que está fulano, como é que está sicrano, como nós atualmente fazemos, mas assim reuniões com os três elementos: o integrador, o integrado e a chefe, assim reuniões formais não”

“eu com os enfermeiros que estão em integração, que estão a integrar-se connosco, eu tenho muitas conversas e às vezes chamo-os à parte...”

E2 – “Eu acho que era fundamental ver como é que a pessoa se sente no fim de cada etapa. Não é: “tens um mês para te integrares.” Pronto... estejas ou não estejas...”

“haver reunião periódica com as pessoas para dizerem as dificuldades que estão a ter, o que é que se devia insistir mais, que a pessoa tem dificuldade em... ou não tem dificuldade. Porque há passos que se calhar até podíamos aligeirar e insistir muito mais noutros.”

“Nenhuma”, “Não, não há nada”, “esse diálogo não existe. Se houver é uma conversa informal em que se pergunta: “olha, onde é que tens mais dificuldades?””, “conversa de corredor”

E3 – “Em primeiro lugar acho que as pessoas se deviam sentar, não é? E ser algo partilhado, não ser só cingido a dois ou três cérebros, digamos assim, auscultar a opinião... (...) auscultar verdadeiramente as pessoas que estão no terreno, e ouvir o que as pessoas dizem que isso é muito importante (...) Se não auscultamos as pessoas no terreno e se não levamos a sério o que as pessoas nos transmitem, as pessoas acabam por “desistir”, de verbalizar... Para quê falar?”

“Que me lembre... posso estar errada, mas que me lembre... uma vez”

E4 – “Isso nunca aconteceu! Isso nunca aconteceu...!”

E5 – “Não! Não existem. Que eu tenha conhecimento não existem”, “Eu acho que nestes últimos tempos, eu se tive dois ou três momentos informais à cerca do assunto, foi muito”

E6 – “Atualmente nenhuma”

✓ Reuniões periódicas antigamente

E4 – “Eu não me lembro... eu acho que houve, mas sem mim. Perguntavam às pessoas, só às responsáveis... perguntaram mas sem mim”

E5 – “Quando eu fui integrado tive pelo menos umas duas ou três reuniões mais formais sobre a integração”

✓ Quem estabelece que as pessoas estão integradas e podem avançar

E2 – “Eu nem percebo quem é que estabelece se eles estão integrados, se não estão... Não faço ideia a quem é que... Às vezes as pessoas dizem: “Ah, já acabei a integração! Ai já acabaste?” Ummm...! Está bem! Pronto...”

E4 – “nem nos foi perguntado se a pessoa: “Olha, vou tirá-la dessa sala”. Ela já está integrada? Não. Há pessoas que passaram lá meia dúzia de vezes e que não estão integradas”

“Estava completamente considerada apta. E eu disse que essa pessoa não sabe fazer a cirurgia mais básica que entra cá de urgência. E disseram-me “Ah não, mas está integrada!”. Pronto... e nem sequer a voltaram a pôr lá”

E6 – “se o serviço considerar que é tempo da pessoa saltar fora e ir para outra valência, o que se sobrepõe é a decisão da chefia”

“sou informada que esse elemento a partir de amanhã ou conta como elemento no sítio onde está, e habitualmente nem é isso que acontece. Habitualmente sou informada que o elemento vai começar noutra valência cirúrgica. Portanto, alguém decidiu que ele está integrado, alguém que nunca viu o percurso nem pediu o *feedback* da avaliação... e essa pessoa desaparece dali e vai ser integrada noutro sítio”, “Independentemente da pessoa cumprir ou não minimamente os objetivos”

✓ Informação ao integrador que o elemento vai iniciar integração na valência

E2 – “Nem sequer é dito nada. Aparece lá o elemento e eu penso “o que é que estás aqui a fazer?””, “Eu às vezes digo coisas, vou integrando, porque a pessoa está ali para ser integrada... mas não é que ninguém me tenha dito que aquela pessoa é para integrar... Não sei como é que a chefe chega à conclusão que estão integrados”

E3 – “nem sequer é feita no início... Que é apresentar o elemento e dizer assim: “Este elemento vai ficar agora na valência, vai ficar contigo...” Nem isso é feito...”

“Nem que vai ser integrado, nem que vai ser retirado”

“Nem quem está a integrar se vai fazer essa integração ou não, tu que estás com o elemento comesas a integração, mas depois sai e vem outro elemento (...) é o próprio elemento que diz “Agora acho que venho fazer a integração aqui”. Acho! E tu comesas, mas passado dois ou três dias vai para

outro sítio qualquer. Não se consegue. 8...)isto não é uma coisa pontual (...) O início é também dar informação às pessoas que agora vai o elemento X iniciar a integração. Para tu saberes que é para iniciar. Para saberes como é que deves proceder, porque não se pode começar pelo fim.”

E4 – “Eu nem sequer sei que elas vão para integração. Eles saem da integração e nem sequer nos perguntam se já está integrado, nunca nos perguntaram nada, nas últimas pessoas que por lá passaram”

“Eu pergunto à pessoa “Olá, vieste para aqui»? Vais começar a integração?”. “Acho que sim, já ontem estive aqui... amanhã também vou estar, portanto acho que estou a fazer a integração”

E5 – “Não há essa distinção ou pelo menos eu não sinto que haja, embora depois as pessoas enquanto estão a ser integradas se identifiquem mais com uma pessoa ou com outra e satisfaçam dúvidas mais com essa pessoa, mas não existe essa definição de que aquele é alguém que deves usar como referência para a integração”

☑ Sugestões de melhoramento dos planos de integração

E2 – “Posso sugerir precisamente que nos vão entregar a pessoa e nos digam o que é que pretendem. Ser integrado em quê? Que depois haja reunião para saber se a pessoa de anestesia já está integrada e pode passar... quer dizer... ou quais são as dificuldades da pessoa...! Que até é importante que a pessoa diga as dificuldades que está a sentir, para o outro conseguir ajudar”

E3 – “ou é dado um tempo extra de meia hora ou uma hora para o integrador e quem está em integração ficarem juntos, para mostrar o plano de integração e para falar ou então não se consegue, não é? Dentro da sala, na minha opinião, sinceramente, se formos honestos, ninguém consegue fazer isto”

“Em vez de haver um plano de integração por cada valência, não é? Seria mais fácil um mais em conjunto.”, “um plano de integração, devia de haver um que fosse assim uma coisa mais... com objetivos mais traçados e exequíveis”

E4 – “talvez um plano único e acho que realmente os objetivos... tipo, uma pessoa não pode avançar para outra especialidade sem ter cumprido os objetivos da anterior. Ou a pessoa não se adequa aquela sala e não consegue mesmo, pronto... e não vai ficar integrada, ou passar os objetivos à frente e dizer “Está integrada” quando não está, então acho que isso é muito pior.”

E6 – “Para haver um plano de integração e ele ser exequível, tem que haver pessoas, para que as pessoas sejam integradas. Portanto, não vale a pena traçar planos, porque por exemplo a nível do recobro existe um plano e eu acho que está muito bem traçado, e não há elementos para fazer cumprir esse plano”

✓ Integração em todas as valências

E1 – “eu não sei se não seria útil (...) em termos de gestão, não exigir tempos, e não exigir que as pessoas estivessem integradas em todas as valências. Eu acho que... haver um grosso da coluna, um grosso por cada valência, um X número de elementos que sim, que se mexem muito bem, são elementos de referência, sim senhora, acho muito bem. Este bloco tem isso desde sempre e eu acho que funciona muito bem”

“a pessoa não fica capaz de ter capacidade de resposta para tudo (...) se calhar haver um grosso da coluna para cada uma das valências e depois haver mais um conjunto de elementos que tanto funcionavam nesta como funcionavam nesta aqui, mais ou menos, e haver assim por núcleos”

E5 – “ter uma pessoa integrada em 6 valências diferentes, eu, no meu ponto de vista e para mim que já tenho alguma experiência, é-me difícil dizer que estou integrado em 5 ou 6 valências, dentro da minha forma de ver as coisas e achar que existe um elemento com 2 anos por hipótese de experiência de bloco e já está integrado em 6 valências, eu reservo-me o direito de ficar pelo menos desconfiado”

☒ Importância do manual procedimentos existente no serviço

✓ **Conhecimento do manual de procedimentos existente no serviço; hábito de consulta**

E1 – “Eu propriamente não, mas dou a conhecer às “crianças mais pequeninas””

E2 – “Sim, conheço e às vezes sim, consulto”

E3 – “Sim, quando preciso ou ver”

E4 – “Conheço (...) consultá-lo?... Às vezes”

E5 – “Conheço, por vezes uso, até mesmo para colocar material nos carros de circulante, quando tenho alguma dúvida sobre os materiais. Por vezes gostaria que o material tivesse em suporte informático, estaria mais acessível.”

E6 – “Conheço e consulto-o esporadicamente”

✓ **Em que circunstâncias costuma consultar**

E1 – “Um guia orientador, para a pessoa que não sabe. A que não sabe está acompanhada... mas basicamente os procedimentos têm que ser é isso. Têm que ser guias orientadores e com pequenas informações ou pequenas coisas de informação, para a pessoa se orientar. Específicas para aquela cirurgia ou para aquele procedimento ou para aquela situação.”

E2 – “Nas valências que estou menos. Cada vez que é necessário fazer uma cirurgia menos usual... Maioritariamente para ver o material que usam mais, porque o material está sempre em evolução. Há coisas que nós não sabemos que eles vão precisar e então...”

E3 – “Quando tenho dúvidas para uma cirurgia. Porque como deves calcular, eu apesar destes anos todos de bloco operatório, eu não domino as áreas todas (...) há muitas cirurgias que eu não sei efetivamente”, “quando se está muito afeta a uma valência, como deves calcular não se consegue ter essa abrangência tão grande e, portanto, eu vou”

E4 – “Quando tenho dúvidas em algumas cirurgias de outras valências”

E5 – “Mais quando tenho dúvidas e assim num primeiro momento não quero recorrer a pessoas que conhecem mais sobre aquela área para colocar materiais em carro de circulante, acabo por ir ao manual de procedimentos”

E6 – “Em caso de dúvidas, habitualmente”

✓ **Principais dificuldades encontradas na sua consulta**

E1 – “Os procedimentos também têm sofrido algumas alterações e eu vejo até pelas próprias responsáveis de valência e eu também tenho essa preocupação. Inicialmente os procedimentos eram muito descritivos e agora já começam a aparecer procedimentos com imagens, consoante o cirurgião leva-se isto, leva-se aquilo. Basicamente o que procedimento tem que ser é adaptado à realidade. E basicamente os procedimentos neste momento têm que ser um orientador para a pessoa que não está habituada aquela cirurgia. O procedimento tem que ser: a pessoa chega ali, lê, além do material que é preciso, também tem que saber basicamente o que vai acontecer na cirurgia... E eu penso que os procedimentos mesmo de forma, não digo involuntária, mas eu acho que as pessoas começaram a perceber o que é que era necessário.”

E3 – “já me aconteceu várias vezes, quando vou à procura dessa folha, portanto vais ao índice e vês, e não está lá a folha. Portanto, alguém foi consultar e ficou com isso”

E4 – “É saber em que dossier está... São 3...”, “e às vezes não estão lá é alguns procedimentos... Mas disponível está”

E5 – “Às vezes quero determinado procedimento cirúrgico, sei que ele já foi feito e às vezes não o encontro”, “Nem sempre estão lá todos os procedimentos que eu sei que já existem e que estão feitos”

E6 – “O que existe e que é de fácil acesso, nem sempre os procedimentos estão uniformes, apesar de já haver uma base, os procedimentos não são transversais, não são “chapa 5”, o que torna difícil às vezes a leitura e a interpretação dos mesmos”, “A leitura não é fácil, e a pessoa quando vai à procura, habitualmente em situações que precisa: para agora, dificulta um bocadinho a consulta.”

✓ Importância dos procedimentos para quem está em integração

E1 – “Eu acho que é essencial. Eu acho que se calhar eles até utilizam menos do que aquilo que deviam utilizar”

✓ Problemas na execução dos procedimentos

E2 – “O que acontece também nas integrações atualmente é que os procedimentos são feitos pelo livro, não quer dizer que seja o que se passa cá no Egas... portanto é uma coisa que está descrita, faz parte do objetivo da chefe do serviço e portanto a pessoa que está a fazer o procedimento nem sequer viu aquela cirurgia à frente, mas faz o procedimento. Que não é procedimento daqui... É um qualquer que viu... pronto... viu por aí.”

“Outra coisa que acontece muito é que os responsáveis das valências nem sequer sabem que havia aquele procedimento feito. Não sabem! Portanto a chefe decreta: “Faz este procedimento”. Tu nem sequer sabias que existe aquele procedimento. O que é isto? Isto não se faz aqui no bloco... por vezes são de cirurgias que não se fazem cá...”

✓ Sugestões

E1 – “Uma das coisas que nós também dinamizamos na sala é a pessoa ter um blocosinho de notas, onde vai apontando... E eu já cheguei a dar: “tens aqui, escreve”. Onde a pessoa vai apontando aquilo que a gente lhe diz. Ter um pequeno *book* de orientação”, “Fui a esta ou aquela cirurgia e escrever as impressões dela e o que é que ela usou, o que aconteceu, as dificuldades que teve”

E3 – “Eu acho que deveríamos ter um, uma coisa amovível, ou algo assim, só para os enfermeiros”

“Era muito mais prático termos as coisas todas em filme, portanto, estar alguém a explicar e visualizar (...) é uma maneira de tu ires “deixa-me lá ver agora como é que isto se faz”, e há procedimentos e situações que não são feitas sempre, que esporadicamente são feitas. Mesmo que a pessoa vá à formação, se não é feito, temos que (...) ser honestos. Se não é feito frequentemente, nós esquecemos como é que se faz. Estou-me a lembrar por exemplo de uma aparelho muito específico da valência X, eu estive numa cirurgia em que foi preciso e estive montes de tempo para conseguir ver na intranet o procedimento. Estivemos ali muito tempo e ninguém estava à vontade. Conseguimos, mas foi muito difícil.”

✓ Tem conhecimento que os procedimentos estão na intranet

E2 – “Sim. Alguns sim.”

E3 – “o facto de estar na intranet, a gente poder consultar. Isso eu acho fabuloso”

E4 – “Não sei... Sei que estão na intranet, mas não sei”

E5 – “Mas estão na intranet?”, “Eu nem sabia que estavam disponíveis”

✓ Facilidade no acesso aos procedimentos que estão na intranet

E2 – “Muito difícil o acesso. Muito difícil o acesso, a consulta... nem sempre se consegue aceder... Esses de todo. Eu não uso mesmo!”

E3 – “mas que seja de fácil consulta, não que tenhas que ir buscar as aplicações, ires ali... ou então perdes imenso tempo. Tem que ser uma coisa rápida”, “não, não está”

E4 – “Já andei à procura e não encontrei”

E5 – “Acho que não”

E6 – “Primeiro encontrá-lo. Principalmente no acesso à intranet, no qual, de todo, não acho que seja um acesso fácil. E nomeadamente se a pessoa precisa, por exemplo, de preparar um carro para uma cirurgia, tem dúvidas e precisa de ir à intranet à procura do manual de procedimentos, já a cirurgia acabou e a pessoa ainda está à procura do manual de procedimentos.”

☑ Opinião sobre a importância de vídeos com os principais passos das diversas cirurgias efetuadas no BOC

E1 – “Que possibilidade é que nós temos de fazer esse vídeo, não é? E para além de que as pessoas também têm possibilidade na sala, têm internet na sala e possibilidade de ir ao Youtube buscar um vídeo que lhes possa dar orientações. Agora se era útil nós termos por valência os vídeos das cirurgias...?”, “Só experimentando e vendo a utilidade que pudesse ter. No fundo é um procedimento em vídeo”

“Isso era uma experiência a tentarmos, mas agora não me parece exequível nas dinâmicas que nós temos atualmente.”

E2 – “Desde que fosse a técnica que eles usam cá. Se fosse uma técnica qualquer não.”, “ai acho que sim! Acho que sim!”

E3 – “eu já tinha falado nisto e pôr de acesso ao computador, mas na altura não foi muito bem aceite, porque como havia na parte escrita, mas é uma coisa diferente, é estar em registo escrito e tu tens que ir a uma sala buscar”, “muitas vezes tu não tens tempo de te ausentares da sala, ires para outra sala a procura do dossier (...) Tu tens que ter acesso rápido no local onde estás. Isto é o futuro (...) Tem que estar ali e de acesso fácil. Por outro lado, o facto de estares a ver ali na hora o procedimento e tens que fazer é estrondoso...”

“É completamente diferente, porque fica a imagem, cria mais impacto, em termos de visualização é muito mais atrativo. E acho que em termos de memória, também é uma coisa que provavelmente vai ficar mais, não é? (...) E por outro lado gastas menos papéis(...) É uma forma também de diminuir os custos, penso eu. E rentabilizar de outra forma esses dinheiros que se gastam aí, ser rentabilizados para outra coisa.”

E4 – “eu não sei se eles iam ser consultados, porque nós aqui também não temos grande tempo. Quando o pessoal estuda está em casa e aí não tens intranet. Onde o pessoal estuda é em casa...”

E5 – Poderia facilitar”, “Acho que poderia facilitar. Dois ou três vídeos por especialidade dentro desse modelo mas não creio que seja imprescindível nem creio que fosse algo em que nos devêssemos centrar muito. Não sei se será por aí, mas não tenho experiência sobre isso”

E6 – “Isso seria fantástico se existisse! Mas no entanto, penso que isso tinha que ter a colaboração da equipa... de toda a equipa cirúrgica”

✓ Principais dificuldades na execução dos vídeos

E1 – “Agora como é que nós conseguíamos fazer isso, não é? Isso era mais difícil, porque para nós fazermos isso, tínhamos que pedir apoio ao gabinete de audiovisuais, porque nós não sabemos fazer processamento de imagem”

E6 – “Sinceramente, acho a ideia fantástica, acho que seria útil. No entanto, acho que teria um período de vida muito curto, porque as cirurgias, o instrumental, os procedimentos estão sempre a mudar. Os posicionamentos mesmo para a mesma cirurgia, dentro de cada equipa estão sempre a mudar. Portanto, nada é estanque. Acho que seria um grande investimento, mas sinceramente para ver vídeos já temos o YouTube. Portanto, para tirar ideias temos o YouTube. Não estou a dizer que não fosse uma boa ideia, porque é, no entanto, íamos ter que estar sempre a mudar os vídeos.”

✓ Disponibilidade dos vídeos na intranet

E2 – “Acho que era importante. Acho que sim. Se for de rápida consulta. Porque imagina uma pessoa vai ver: “Amanhã estou aqui”. Até pode ver... se tiver interesse... até pode ver os vídeos. Porque a pessoa assim vê, ouve, há pormenores que se conseguem captar...”, “Sim, muito mais do que ler”

E6 – “Mas eu na sala operatória, não vou estar a ver um vídeo de uma cirurgia... Não é que não me fossem passar para já um “atestado de estupidez”, não é? Estando na sala a consultar o vídeo da cirurgia. Para já, então na sala, não acho de todo prático”

✓ Mudavas alguma coisa

E4 – “Modificava as integrações”

Anexo VIII – Análise das entrevistas a efetuar aos enfermeiros com três ou menos anos de serviço

Análise das entrevistas efetuadas aos enfermeiros que se encontram em integração

1. Percurso profissional

☒ Tempo de exercício profissional

E7 – “há 14 anos”

E8 – “ 12 anos”

E9 – “8 anos”

E10 – “10 anos”

E11 – “6 anos”

E12 – “9 anos”

☒ Tempo de exercício profissional no BOC

E7 – “Neste bloco 2 anos”

E8 – “2 anos”

E9 – “2 anos” E9 – “Só recobro (1 ano)”

E10 – “2 anos”

E11 – “2 anos”

E12 – “4 meses”

☒ Experiência prévia de desempenho de funções em bloco operatório

E7 – “...não foi sempre em bloco (...) eu tenho, antes de aqui estar... 4 anos e qualquer coisa de bloco”

E8 – “Não”

E9 – “Só recobro (1 ano)”

E10 – “Não”

E11 – “4 anos”

E12 – “Tive um estágio durante o meu curso de enfermagem, de cerca de 2 meses, mas foi muito geral”, “Foi no 4º ano”, “estava sempre acompanhada porque era aluna de enfermagem ainda”

2. Integração em bloco operatório

✓ Tempo de duração da integração na 1ª fase – acolhimento / observação

E7 – “Isso foi um dia”

E8 – “Foi-me apresentado o espaço, fui a cada sala e apresentaram-me em cada sala, em cada valência, às equipas. E apresentaram-me o recobro também, apresentaram-me o espaço, disseram-me mais ou menos o que é que era”, Não” (não tiveste nem um dia de integração, foi o momento de integração e foste para o recobro)

E9 – “Não conheci, nem conheci as pessoas”, “Quando eu cheguei não me apresentaram nem sequer às colegas”, “Apresentaram-me o recobro e a pessoa que me integrou no recobro, que me apresentou mais ou menos o recobro, disse-me o espaço físico, mostrou-me onde é que era o arsenal para ir buscar as seringas e o material e foi essa a apresentação”

E10 – “Foi no primeiro dia”

E11 – “Talvez cerca de 1 mês... quando entrei”, “estive um dia, sim, estiveram a apresentar-me, uma enfermeira esteve a apresentar-me o serviço e o pessoal que esteve cá nesse dia”, “fiquei só a observar”

E12 – “Foi só o primeiro dia”, “comecei pelo recobro”

✓ Feita visita à Central de Esterilização

E7 – “Não”

E8 – “fui à esterilização, mas foi depois na valência X, com a enfermeira A. Fui com ela conhecer o espaço e ver como é que eram os circuitos”, “Achei” (importante), “Até para conheceres também as pessoas de lá, que também te facilita depois o estar a falar e a pedir coisas. Eu acho que foi bastante vantajoso ir lá.”

✓ Feito curso de integração à instituição

E7 – “ Fiz (...) um dia ou uma manhã (...) até às 15h”

E8 – “Não. Já tinha feito no início na enfermaria”

E9 – “Fiz”

E11 – “Não”

✓ Tempo suficiente de integração?

E8 – “Acho que era melhor haver mais, porque há muitas coisas que eu se calhar não tive oportunidade de estar com doentes com diferentes... outros tipos de cirurgia. Acabou por haver coisas que eu não vi.”, “Mais um mês”, “Dois meses e meio a três. Mesmo vindo da enfermaria. Eu acho que dava para consolidar os conhecimentos que adquiriste e mais alguns conhecimentos para apanhares e para teres mais traquejo para fazer as coisas”, “Acho que 3 mesinhos era bom. Até para veres a dinâmica toda do recobro porque é difícil”

E9 – “Quando comecei nas salas fui primeiro para a valência X. Aí correu bem a parte da anestesia, correu bem. A parte da circulação eu não tive quase tempo nenhum a circular, fui logo instrumentar, mas instrumentar estive tempo suficiente para atingir o que acho que é suposto atingir. Depois de sair da valência X, as coisas já não foram assim. Ainda por cima em valências muito mais complexas,

como é o caso da valência Y. A parte da anestesia não voltei a ter integração na anestesia e ainda por cima é uma anestesia muito mais específica, muito mais complicada e fiquei sozinha. Fiquei sempre sozinha, nunca tive acompanhamento o que deu asas a algumas complicações. Na circulação pouco ou nada circulei, também na valência Y, o que complicou muito mais as coisas. As cirurgias A, especificamente cirurgias A foi onde eu consegui estar acompanhada, depois as cirurgias B eu nunca fiquei acompanhada, nem nas cirurgias B mais simples. A colega que estava a circular, por acaso é a responsável de valência e disse “Não é preciso que eu estou cá fora e ajudo-te” e depois passou o tempo todo a sair fora da sala e, portanto, foi esta a integração que eu tive na valência Y. Cirurgias A, sim, sei fazer mas se me pedirem para fazer uma cirurgia do tipo A mais complexa nunca tive acompanhamento. Cirurgias do tipo B, zero! Nem nas mais simples estive acompanhada. Mas aprendi a fazer. Se calhar um bocadinho mal feito...”

E11 – “Eu acho que pelo menos para mim, como já vinha com alguma experiência, acho que foi um bocadinho de tempo a mais, se bem que acabamos por ter aqui algumas dificuldades que não encontrava no outro sítio onde estava, nomeadamente cirurgias mais complicadas e da parte da anestesia é sempre necessário fazer essa integração. Achei sinceramente que foi tempo sinceramente demasiado, mas ao mesmo tempo também adequado porque há coisas muito complicadas nomeadamente na parte da valência X que é uma das valências onde estou há mais tempo. A parte da anestesia requer muito...muitos conhecimentos” (um ano e meio de anestesia)

☒ Tempo de duração da integração na 2ª fase – enfermeiro do apoio à anestesia

E7 – “Um mês”

E8 – “Estive um mês e para aí 15 dias no recobro” (começou pelo recobro, vinda da enfermaria), “Comecei pelo recobro e depois estive 3 meses sensivelmente, acho não passou muito daí na valência X”

E9 – “Aqui comecei também por recobro, estive mais de 6 meses aqui no recobro, portanto, inicialmente correu-me tudo muito bem, não tive quase tempo nenhum acompanhada no recobro, apesar da dinâmica ser totalmente diferente. O tipo de cirurgias, aqui fazem cirurgias muito mais complexas do que lá.”

“Não sei se chegou a um mês” (de anestesia), “Estive um mês de anestesia”

E10 – “Pelo recobro” (por onde começou a integração), “3 meses”

E11 – “Só de apoio à anestesia? Muito tempo! Talvez no primeiro ano e meio, porque também tive um contrato um bocado diferente. Entrei inicialmente a prestação de serviços e depois passei a contrato ao final de um ano e meio de estar cá. Durante esse ano e meio, fiz apenas apoio à anestesia que era onde eu tinha mais experiência de onde já vinha. Portanto, nessa segunda fase sim, um ano e meio.”

E12 – “há um mês talvez”

☒ Acompanhada no recobro

E8 – “Está-se sempre acompanhada porque está lá sempre uma enfermeira “perita” que está sempre alerta. Mas se calhar 15 dias e comecei a ficar...” (com doentes)

E10 – “Passei a contar como elemento ao fim de 15 dias, duas semanas”, “Acho que foi suficiente face à experiência que já tinha”, “Dependendo das dificuldades de cada um, obviamente, mas penso que duas semanas é suficiente”, “Eu acho que em recobro é suficiente”

E11 – “Já estive também no recobro no início deste ano. Fiz duas semanas de integração no recobro”, “Estive duas semanas acompanhada”, “depois volto a estar lá esporadicamente ... sozinha”, “acabo por não ter uma integração assim tão grande. Era mais o Know How que trazia porque fazia muito recobro noutra instituição”

E12 – “Acompanhada foi 2 semanas talvez...”, “senti que foi suficiente, porque é mais parecido com internamento do que as salas. Se tivesse começado por uma sala se calhar não seria assim.”, “acompanhada e depois também temos sempre apoio, nunca estamos sozinhas, emos sempre um responsável”

✓ A integração deve ter início pela Sala Operatória ou pelo recobro

E7 – “Uma vez que eu já tinha experiência, não acho que tenha influenciado em nada eu ter começado pela sala e não pelo recobro. Mas, para os novos elementos que vêm sem experiência, sem saber nada disto, acho que é melhor começar pelo recobro (...) ou para quem tem experiência de internamento”

E8 – “O recobro ainda é a única coisa que é mais parecida com uma enfermaria”, “Recobro sim, faz sentido para conheceres a equipa e conhecer as diferentes cirurgias que se fazem cá, mas depois se calhar ir para coisas mais gerais, não tão específicas como a valência em que comecei. Pode ser geral ou outra valência, mas que seja mais abrangente. Para além da geral a maioria são muito específicas”

E10 – “Começaria na mesma pelo recobro que acho que é um bom sítio para conhecer a dinâmica do bloco, conhecer as pessoas, ...”

E12 – “Eu acho que é benéfico começar pelo recobro, mas acho que deveríamos passar um dia ou dois numa sala, só para ver e para perceber... por exemplo os primeiros dias serem passados numa sala, só para ver como é que funcionam as coisas, porque há muitas coisas que as colegas nos passam quando chegam ao recobro com o doente que eu ... agora, tenho mais noção, não é... do que é que isso significa.”

✓ Começar integração pela valência de C. Geral

E8 – “por exemplo começar na cirurgia geral faz mais sentido do que começar em qualquer outra valência mais específica... Há valências mais específicas que pouco ou nada têm de cirurgia aberta e na valência onde comecei a que tinha eu não a ia fazer. Acho que se calhar era melhor começarmos por outro tipo de valência mais geral.”, “Acho que devia começar por coisas mais gerais, não tão específicas e ir afunilando. Acho que é melhor começar mais largo e ir afunilando do que o contrário”

✓ Acompanhada de anestesia

E7 – “Não estive sempre, mas para aí a primeira semana ou duas semanas, estive sempre acompanhada. Quase sempre. Mas como eu também já tinha experiência, já podia ficar mais sozinha e então se calhar, não sei... foi antecipado o tempo em que eu já ficava sozinha. A partir da segunda semana, provavelmente já fiquei sozinha, já não me lembro bem.”. Foi suficiente? “Para mim foi, porque eu já sabia. Para mim foi”

E8 – “Não sei precisar mas se calhar duas ou três semanas acompanhada e depois sozinha”, “fiquei pouco tempo sozinha e passei logo para a circulação. O que eu achei mau, porque uma coisa é estares com uma colega e ela ajudar-te no que falta, outra coisa é estares tu sozinha e teres que fazer tudo. E depois quando estás a começar a ganhar mais destreza e outra visão, passas à seguinte”

E9 – “As 2 primeiras semanas devo ter ficado acompanhada”, “Contava como elemento”

E10 – “Isso é que eu já não sei precisar... Talvez um mês... três semanas... duas semanas”, “a contar como extra mas não foi todos os dias, não foi seguido”

E11 – “Muito pouco tempo, muito pouco tempo! Uma semana. Muito pouco tempo”, “fiquei sempre sozinha porque era essa a necessidade do serviço”

E12 – “Há um mês talvez”

✓ **Conhecimentos prévios de anestesia**

E8 – “Aí não tinha experiência nenhuma!”

E11 – “já vinha com alguma experiência”

✓ **Tempo que permaneceu de anestesia**

E8 – “um mês, se calhar... não sei bem”

☑ **Tempo de duração da integração na 3ª fase – enfermeiro circulante**

E7 - “ainda estive bastante. Bastante, porque depois faltava imensa gente e depois consideram que ainda precisava de muito mais tempo para estar a circular”

E8 – “Estive pouquíssimo tempo. Onde estive mais foi a instrumentar”, “Duas semanas, se calhar até foi menos”

E9 – “A circular quase não tive”, “Estive para aí 2, 3 turnos a circular, nem sei”

E11 – “Muito pouco tempo. Ainda estou a começar agora, há cerca de 4 meses que comecei, mas tem sido muito pouco por causa de não haver oportunidade”, “Sim” (por falta de gente)

✓ **Acompanhada**

E7 – “É assim, algumas vezes foi acompanhada, outras vezes não. Acontecia muitas vezes quando eu estava a aprender a circular e a instrumentar que (...) falta sempre alguém e depois, passo a não estar acompanhada... Inicialmente o que acontecia era como não posso estar sozinha, mas também não estou acompanhada, “então vais para a anestesia”. E acabei por passar mais tempo na anestesia por causa disso. E o mesmo aconteceu com a instrumentação: falta gente, não posso ir sozinha... mas também não posso ir acompanhada, pois não é possível por falta de pessoas. Mas ainda consegui passar algum tempo com alguém. Mas não o desejável. Tipo, eu não passei um mês acompanhada.”

E8 – “Acompanhada. Nunca estive sozinha, só estive sozinha a circular posteriormente, depois de ter estado na valência Y. Já estava na outra valência quando depois comecei a voltar e a ficar sozinha. Aí depois sim, na anestesia ou na circulação ou a instrumentar.”

E9 – “Eu raramente circulei acompanhada”

✓ **Permissão para avançar aos elementos com experiência prévia**

E7 – “Cada vez que eu vinha pensava “Bem, se falta alguém, volto para trás outra vez...”, porque não me deixam arriscar. Porque aqui ninguém deixa arriscar. Eu que já tenho experiência de 4 anos,

ninguém me deixava ficar sozinha a circular, uma coisa simples. E eu não acho isso correto. Embora eu perceba que tenho que estar acompanhada, mas eu não sou... totalmente...”

“Eu não sou do nível zero. E portanto, é um bocado mau tu vires trabalhar, saberes que estás de integração a circular, já nem digo instrumentar, mas estás a circular, e depois falta outra pessoa que tu não tens culpa, e o serviço também não, porque tem que se colmatar estas faltas e tu acabas por... quer dizer... não podes circular porque ninguém te permite... ainda sabe Deus... ainda ouves coisas que sabe Deus “Porque não podes estar a circular, porque ainda só estás há uma semana”. Quer dizer... parece que a pessoa passa a ser bebé outra vez. E eu não concordo com isso. Acho que uma pessoa que não sabe nada, sim senhora, tem que estar mais acompanhada, tem que se investir se calhar mais tempo nela.”

☑ Tempo de duração da integração na 4ª fase – enfermeiro instrumentista

E7 – “ainda estive... para aí dois meses”

E8 – “Um mês também. Um mês e meio se calhar...”

E9 – “Estive quase sempre a instrumentar”

E11 – “Nenhum”

✓ Acompanhada

E9 – “Estive pouco tempo acompanhada a instrumentação”

✓ Cimentar conhecimentos e experiências

E8 – “Quando as coisas começam a fazer sentido e estás a começar a perceber alguma coisa das cirurgias e do material, saltas, vais para outra valência e é tudo de novo. Ou seja, não ficas com os conhecimentos bem adquiridos porque não ficam consolidados. Mesmo que estudes em casa, nem sempre consegues porque não praticas. O que eu acho que falta é mesmo a prática.”

☑ Tempos de integração estipulados pela AESOP

E7 – “Meio ano, pois. Ainda assim parece-me excessivo”, “se tem que aprender a circular e instrumentar uma valência pode não ser excessivo. Depende”

☑ Tempos de integração estipulados pela antiga chefia

E7 – “o objetivo da antiga chefe era que fosse um mês numa coisa, um mês noutra...”, “Que parece-me muito pouco, mas o objetivo dela era que eu fizesse um mês na anestesia, um mês a circular e um mês na instrumentação. Isso não foi possível, dadas as circunstâncias do serviço. Porque se não, se fosse permitido pelo serviço, se não faltassem pessoas, mesmo externas à integração, era um mês para cada área dentro da valência”

☑ Tempo total de integração de integração numa primeira valência cirúrgica e restantes

E8 – “Três meses na primeira integração na 1ª valência”, (na segunda valência) “fiquei bastante tempo. Sei lá uns 7 meses, não tenho bem noção, porque depois andei um bocado a saltar entre a valência X e a valência Y, mas sei lá... seis, sete meses.”, “Deveria ter sido na 1ª valência sim. Até porque em bloco o que eu acho que faz mais sentido começar”

E9 – “Não sei se foi 1 ano, mas 8 meses”, “devem ter sido uns 8 meses”

E10 – “Cinco meses. Cinco, seis meses...”, “Acho que foi o suficiente”, “a pessoa pode ter dificuldades noutra valência e vir a precisar de mais tempo. Eu achei que 5 meses foi suficiente”, “no fundo esses 5, 6 meses (...) não corresponderam a X vezes 5 dias.”, “Foi muito menos que isso. Lá está, devido à rotatividade de horários que temos”

E12 – “Acho que mais um tempinho... acho que sim” (estava com um mês de integração em anestesia), “não sei... mas aí... sei lá... mais umas duas semanas...”, “Sim, sim. Para ir fazendo as coisas sozinha”

☒ Horário que faz enquanto em integração

E7 – “No primeiro mês fiz sempre manhãs, mas depois não fiz sempre só manhãs. Não”

E9 – “Eu acho que os “i” também estão acompanhados. Às vezes até acho que faz sentido, não precisa de ser só manhãs”, “Isso condiciona muito o processo porque à tarde não há muitas das valências” (sobre fazer tardes de horário), “Devia fazer o horário da pessoa que está a integrar. Até pode ser uma pessoa que faça muitos “i” e faça algumas tardes.

E10 – “também seria importante durante esses primeiros seis meses de integração ter sempre o mesmo horário. Porque o facto de termos esta rotatividade de horários, também não dá grande estabilidade”

E11 – “os nossos horários às vezes também não nos permitem ter essa integração contínua, porque há dias em que temos que fazer tardes e nas tardes não há tantas cirurgias e nomeadamente na valência X é raro termos prolongamento, que é onde eu estou a iniciar a integração. E também não há todos os dias, o que dificulta ainda mais as coisas, mas essencialmente, acho que ter uma integração contínua, todos os dias, que o horário nos fosse um bocadinho mais facilitado nesse sentido, que houvesse também disponibilidade por parte dos nossos colegas, isso eu acho que há...”

☒ Fazer só manhãs no período de integração?

E7 – “também é essencial que a pessoa não esteja 6 meses sempre a fazer a mesma coisa, sem ter um descanso”; “eu acho que é benéfico, que é essencial que a pessoa faça muitas manhãs seguidas, para perceber a dinâmica da coisa. Um, dois, três meses. Mas depois também acho importante fazer o resto. Porque só fazer manhãs depois também é sempre a mesma coisa e não só. Também tem que ter outra dinâmica e mentalmente... só conhece a programada, não sabe mais nada. E acho que é importante também o resto”, “No primeiro mês fiz sempre manhãs, mas depois não fiz sempre só manhãs. Não”

E8 – “Acho”, (fazer tardes) “quebra um bocado. Ou então tentar que esteja sempre um dos responsáveis da valência para não estar a limitar também as pessoas”

E9 – “Eu vi colegas a fazer a mesma integração que eu na valência, mas elas estiveram lá constantemente, elas estão cá de segunda a sexta. Esquecem-se que eu estou de roulement, ia uma vez por semana à sala e não dava para fazer uma integração assim.”

☒ Motivo da vinda para o bloco operatório

E12 – “Porque quis”

☒ Principais dificuldades

☒ Instrumentação

E7 – “eu não consigo ter prática em todo o tipo de cirurgias numa valência. É impossível. E isso para mim é uma dificuldade. Ainda agora fui pesquisar o procedimento X, porque nunca o fiz. Embora já

estou integrada nessa valência, já me sinto muito à vontade. Se tiver que ir instrumentar essa cirurgia que fui pesquisar sozinha, não vou pedir ajuda nem entrar acompanhada.”, “sinto um bocado de dificuldade nesse sentido, embora existam os protocolos que podemos consultar, não é a mesma coisa”, “Apanhamos sempre quase as mesmas cirurgias e faltam-nos outras”

E9 – “A instrumentar, senti dificuldades em memorizar as coisas, porque eu vinha de um ambiente totalmente diferente e até coisas tão simples para as outras pessoas, que para ela são básicas, para mim não eram... Por exemplo o material e as mesas, eu lembro-me de a assepsia ser uma coisa que me preocupava muito no início, porque não era uma coisa que fazia naturalmente, enquanto que toda a gente aqui faz naturalmente, quando eu vim para cá não fazia naturalmente, parecia que pedia autorização ao pé esquerdo para andar e ao direito também, porque tinha medo de contaminar, de tocar em alguma coisa. Não tinha a noção, apesar de ter feito um curso de bloco operatório. Quando cheguei aqui não tinha muito a noção. No Hospital Y estava muito confinada ao recobro, estava vestida da mesma maneira, mas não ia às salas. E, portanto, foi complicada essa parte. Em termos de instrumentação tive a sorte de apanhar boas equipas cirúrgicas e, portanto, a coisa compensou. Claro que quando fui para as outras valências a coisa descambou porque tal como eu vinha do outro lado, pensava que toda a gente era calma e serena, quando me apercebi de outras realidades, não é? E ali a pessoa ainda vai pedindo o material e eu não conseguia antecipar, demorei muito tempo a antecipar, até porque estive pouco tempo acompanhada na instrumentação. Mesmo assim, comparativamente com outras valências por onde passei foi ótimo.”

E12 – “Eu acho que o mais difícil... é um novo espaço, é tudo diferente... de todas as coisas de enfermagem que nós fizemos... não é? E acho que é mais isso... é o conhecer todo aquele equipamento que existe dentro de uma sala, saber onde é que nos devemos posicionar em determinados momentos, quando é q eu hei-de fazer alguma coisa ou quando é que não... Pronto... acho que é mais isso.”

✓ Circulação

E8 – “às vezes quando depois calhou voltar à valência e ficar a circular, era-me bastante difícil. Uma coisa é colocarem-te as coisas na mesa e usá-las e outra coisa é saber o que é que é necessário para a cirurgia e onde é que está esse material para a cirurgia”, “se te pedirem está ali, tu montas e não é assim tão difícil, o problema é saber, antecipar os passos e saber os passos da cirurgia para o poderes fazer, não é?”

E9 – “a circular, e foi uma coisa muito transversal a todas as salas, eu raramente circulei acompanhada, porque consideram que circular, se eu sei instrumentar, sei circular.”, “É onde eu tenho mais dificuldades, eu não sei circular, não me metam nunca a circular, porque eu não sei circular. Eu sei instrumentar algumas coisas, muito poucas, mas eu não sei de todo circular, não tenho autonomia nenhuma para circular lá”

✓ Anestesia

E9 – “Na anestesia foi onde senti menos dificuldade a não ser quando eram crianças. Quando eram crianças aí tinha que pedir ajuda.”, “muitas vezes a anestesia é o pior sítio para se ficar. Há pouco tempo tivemos uma cirurgia da valência Y e fizemos 5 unidades de sangue, tudo à seringa, uma de plaquetas, 4 de plasma, bicarbonato, tudo e mais um par de botas e se a pessoa não tem segurança, começa a chorar ou desespera... Ou não dá resposta, ou foge, não é?”

E10 – “Eu acho que as dificuldades, uma pessoa também vai ultrapassando porque tem muito trabalho de casa para fazer, não é? Portanto, há que estudar, há que perder algum tempo em casa a

pesquisar, para complementar o trabalho aqui, porque não é suficiente...”, “Especialmente a manipulação de fármacos que na enfermaria não estamos muito habituados.”

✓ Diferentes valências

E8 – “O material é diferente de valência para valência, as pessoas também são diferentes, às vezes as relações pessoais também são complicadas, ou não”, “consolidar o que aprendeste”, “Não conseguir apanhar todas as cirurgias”

✓ Horário não coincidente com o do integrador

E7 – “muitos dos turnos a minha integradora não está. E para não estar... ok, eu tenho que fazer manhãs, mas não acho que seja a coisa mais certa, fazer eu manhãs, se quem me está a ensinar não está presente. Não sabe aquilo que já me explicou e aquilo que tem que me explicar e não pode também gerir um bocadinho na sala a minha presença. E acho que isso é uma dificuldade, acho que é uma dificuldade. Acho que não interessa estar uma pessoa 6 meses de manhã, a fazer manhã, se a integradora não está presente.”

E8 – “apanhei roulement dos responsáveis da valência e aí sim é um bocadinho mais difícil”

E11 – “Porque há o entrave essencialmente dos horários”

✓ Desconhecimento de quem é o integrador

E7 – “tem a ver com o facto de não haver uma pessoa que ficasse comigo”; “No caso da valência Z, não houve princípio nem meio, nem fim. Felizmente, lá está, eu já sabia muita coisa anterior...”, “Eu senti-me muito apoiada pela Enfª X que é a responsável da valência e para mim eu assumi que ela era a minha integradora naquela valência”.

E9 “Não! Não” (se foi apresentada à integradora)

✓ Foi apresentada ao integrador

E10 – “Sim, com a responsável de valência”, “Eu fiz reuniões intercalares, lá está, fiz de avaliação da anestesia, da circulação e da instrumentação que foi coincidente com a avaliação anual. Depois não fiz mais nenhuma”

E12 – “Sim”, “Sim, eu acho que é responsável pela minha integração é a responsável da valência”, “Não. No primeiro dia foi com a enfermeira responsável que era quem estava de anestesia” (Não lhe foi dito a ela “Vais ficar com a enfermeira X”), “Depois tenho ficado quase sempre com a responsável de valência. Ou quando elas não estão cá tenho ficado também com a enfermeira Z”

✓ Formação dependente de quem está em integração

E7 – “Muito às minhas custas (...) foi muito às minhas custas, foi muito baseado naquilo que eu já sabia e na minha vontade de aprender, que felizmente é muita e procurar saber e estudar e perguntar a uma pessoa e a outra, porque de resto não (...) sinto-me muito bem integrada na valência. Porquê? Porque eu já sabia coisas e porque fui procurar saber. Uma pessoa nova, se tem isto...”

E9 – “Sim. Às minhas custas”, “o que eu combinei com a minha equipa, é que sempre que haja cirurgias destas que eu vá para a mesa, e que a desgraçada que está a circular se cole a mim. Ou então, quando há uma cirurgia X, a pessoa que está de chamada, vem fica e entra comigo para a mesa. Mas quer dizer, isto são sacrifícios e coisas que sou eu que estou a pensar. Pelo bem desta instituição e que não é reconhecido.”

E12 – “Sim, sim” (em casa teve que estudar)

✓ **Autonomia**

E7 – “uma pessoa que já sabe alguma coisa, tem uma experiência de 4 anos, não pode ficar sozinha a circular? Com uma pessoa que tem experiência na valência a instrumentar e outra na anestesia? Não, não percebo isso e acho que dificultam muito a integração... aqui quebram muito e dificultam!”

✓ **Atitude algumas colegas**

E9 – “Eu acho que na valência Y tudo correu um bocadinho mal, porque se não há apoio dos colegas, quando nós estamos a iniciar, depois também não há confiança dos médicos, não é?”, “acho que esse foi um motivo para a coisa depois descambar. Eu acho é que não se valoriza, a minha opinião é que não se valoriza... as pessoas que estão sempre na mesma sala, que só fazem aquela sala, é claro que para elas é básico. Para mim a valência X também é porque domino, mas é uma pena que se calhar quando têm que ir para outra valência, que é uma pena que as pessoas que estão muito fixas nas salas, não tenham que ir de vez em quando às outras salas, para se lembrarem que cada vez que nós mudamos de sala começamos o processo do zero. E acho que é isso que falta às pessoas. É pena não perceberem que a outra pessoa que vem de novo vem do zero e como isto não é feito, falam connosco como “isso é básico”... e pronto. Não é assim tão fácil e principalmente na valência Y é muito importante antecipar, pois eles muitas das vezes não dizem as coisas”

“termos pessoas que estão constantemente na mesma sala e que perdem a noção de que a pessoa que está ali precisa de apoio e muitas das vezes nem é só perderem a noção de qual é o fator, mas não me cabe a mim julgar e não apoiam minimamente o colega que está novo e a aprender tudo de novo, ainda mais quem vem de outros serviços e acho que isso é o segundo passo para o risco. Quando corre mal “ai, ele não se desenvencilha muito bem”. Pois mas se calhar se não se desenvencilha e culpa também deve ser das pessoas que estão responsáveis pelas valências. Uma pessoa que é responsável pela valência tem que deixar o colega minimamente preparado para atuar. E aqui são dois erros, e depois insiste-se, que eu assisti a isto várias vezes a uma colega dizer “Isto é uma cirurgia complexa, a enfermeira X ainda não está preparada. Não, mas tem que ir porque não há mais pessoas!”. E o colega que está a circular diz “Olha tens que ir”. Eu se fosse no meu lugar diria, “olha não te sentes preparada, no gabinete não dão esta flexibilidade, mas eu não te vou expor a este nível.”. Porque depois há outra coisa que é o expor. E depois uma pessoa que erra na mesa, o que é que acontece? O cirurgião não vai gostar de ter aquela pessoa que não sabe instrumentar. E depois é uma bola de neve.”, “não há confiança”

✓ **Não ter ninguém responsável pela integração**

E7 – “Se calhar, não sei. Mas nunca me disseram “Olha esta enfermeira vai ficar...”; “ninguém me disse “A tua integradora é esta”. Fui para a sala e... desenrasca-te.”

E9 – “No recobro tive sempre a enfermeira C e eu aí tive sempre a mesma pessoa, quer dizer estive para aí 2 turnos acompanhada, mas mesmo quando não estava acompanhada, continuava a estar com ela. Como tive sempre com ela, apesar de não contar como integração, tive sempre com ela e foi muito mais fácil e fiquei com uma ideia muito diferente da equipa de enfermagem de quando fui para uma sala. Achava que isto era espetacular. Quando fui para a valência X, já fiquei com um, com outro e com outro, o que não facilitou. Depois pedi para ficar mais com a Enfermeira B, visto que era a responsável de valência e a coisa compôs-se. Na valência Y não tive ninguém responsável pela minha interação, nem as responsáveis de valência. Nada. Não houve ninguém que ficasse”

“Nenhuma das responsáveis nem nenhum dos responsáveis ficou comigo. Eu ficava tanto com a enfermeira D, como com a E, como com a F. Fiquei até mais com a F (que não era responsável de valência) do que com qualquer uma das outras que sempre que estava com alguma delas elas nunca estavam presentes e diziam “tenho coisas para tratar lá fora, vou-te ajudando de fora”. E então na valência Z, zero. A valência Z foi uma autêntica “palhaçada” de integração.”, “Eu não tive integrador”

“Só na valência X é que eu percebi que podia contar com as duas pessoas que lá estavam. Contar no sentido de saber quem eram. Eram aquelas pessoas e aquelas pessoas, realmente acho que dentro do possível fizeram. Sem ser naquela sala, senti totalmente uma desorganização total em tudo”

✓ Especificidades relacionadas com os profissionais

E11 – “De referência, não é? Acho que isso era mesmo muito importante. Até porque depois há pessoas que estão mais aptas, mais afetas a isso, não é? A fazer integrações do que outras, e eu também tenho reparado nisso”

☑ Como conseguiu superar

E7 – Instrumentação – permanência por longos períodos na valência para assistir a todo o tipo de cirurgias “Sim. Nesse aspeto ia ser melhor”

Possibilidade de voltar à valência para “fazer” cirurgias novas “na prática, isso não é possível”, “Já está outra pessoa de integração e depois não só, se falta outra pessoa noutra sítio não dá. Ou imagina que não há mais ninguém que esteja integrada noutra valência em que estou distribuída naquele dia (...) muito raramente é praticável”

Pouca receptividade para integrar “as pessoas deviam estar mais receptivas a ensinar os outros de uma forma geral”

Horário não coincidente com o do integrador “Quando ela não está ficas perdida... Entregue a quem lá está que como não tem responsabilidade nenhuma, então também não se sente na obrigação de o fazer. Está cansada, não recebe para isso, não está para se chatear...! Eu percebo também. Mas acho que todos temos obrigações de formação.”

E8 – “Ultrapassando com a ajuda dos colegas e com algum estudo em casa quando é possível”, “Ficar mais tempo na valência”, “ficar mais tempo acompanhada”

E9 – “inicialmente, como vinha muito motivada, levava as coisas para casa. Eu tenho a lista de todas as caixas cirúrgicas da valência X, tenho-as em casa”, “Eu basicamente tentei decorar e decorava em

casa, o problema é que a vida às vezes complica-se e nós metemo-nos noutras coisas e depois deixa de haver esse tempo, que não nos é dado. Portanto eu aí contei com muito estudo e como são cirurgias fáceis de compreender, quer dizer há determinadas cirurgias que não porque não se vê muito bem, mas foi basicamente levando as folhas todas para casa. E escrevi. Tenho um bloco e escrevi. Circular, quando tinha que circular ia sistematicamente, sempre, ao bloco onde tinha todas as cirurgias escritas e o que é que era preciso. Não era que eu soubesse, eu saber não sabia, mas ia ao meu caderno e ia buscar as coisas e fazia o carro”

☑ Atualidade das integrações

✓ Sugestões sobre a atualidade das integrações

E8 – “Gostava de estar mais tempo acompanhada, mesmo na própria instrumentação, acho que se entrarem uma vez connosco e a seguir entrar eu sozinha, é muito mau, passas por um stress que eu acho que é desnecessário, pões os cirurgiões em stress, que também é desnecessário, mas tu não consegues dar mais resposta”

“Eles próprios já ficam em stress, porque eles sabem que tu não tens muita prática. Pronto. Estar mais tempo acompanhado eu acho que que era bom. As responsáveis terem mais tempo para por vezes estar contigo, porque elas também não têm mais tempo e não conseguem mais. Se calhar às vezes, isso também era o ideal, e ajudarem-te mesmo, explicarem-te, irem ao arsenal, porque estão-te a explicar, explicam rápido porque a seguir têm cirurgia, têm que pôr as coisas... Se calhar um dia sozinha sem tu estares a fazer nada dentro da sala, com uma responsável de valência se calhar fazia sentido, não sei... Se calhar agora já tenho outra noção, na altura eu nem sabia o que é que fazia sentido ou não, porque estava tudo muito aquém. Sim, mas passa pelo tempo acompanhada e mais tempo para teres uma boa integração.”

E9 – “Eu acho que era importante haver um gestor de enfermagem, que ficasse exatamente responsável por isso, um responsável pela integração das pessoas (...) devíamos ter um gestor, alguém com quem falar, o bloco tem um ambiente stressante e se calhar partilhar as nossas dúvidas e os nossos medos, e também o que é que estamos a sentir em relação aos colegas e à integração. Era importante ser feito.

E11 – “Essencialmente que houvesse disponibilidade da parte do serviço (...) para conseguirmos ter uma integração que fosse contínua”

☑ Dificuldades do serviço

✓ Gestão do serviço

E9 – “quem faz a gestão das pessoas, não percebe que estamos a fazer uma coisa importante, estamos a lidar com vidas e quando a coisa corre mal ou temos uma instrumentista que consegue desbloquear, porque às vezes os cirurgiões também bloqueiam, portanto é bom ter um bom instrumentista, portanto, tem que se integrar as pessoas de forma decente, porque não é o nome dos ferros que interessa, dos instrumentos cirúrgicos, aqui interessa é conhecer a cirurgia e cada vez se assiste mais às pessoas que estão no gabinete porem as pessoas a instrumentar sem perceberem passos cirúrgicos. Então, passamos a ser auxiliares... do médico, é não é isso. Nós somos enfermeiros a colaborar com o médico, não somos o auxiliar do médico, e se assim é... isto começa logo... o primeiro erro... o primeiro passo para o risco”

“é inadmissível. Eu acho que há coisas que se facilitam neste serviço que não podem ser facilitadas. E aproveito para dizer que acho mesmo uma falta de responsabilidade algumas distribuições, como elas são feitas. Principalmente na equipa de urgência. Às vezes chegam a estar duas pessoas que estão cá há muito tempo no recobro, que já estão cá anos e depois na equipa de urgência estão duas

peessoas novas. E eu pergunto, mas como é que estão cá duas pessoas em que uma só faz urologia e outra otorrino, por exemplo e a outra que está cá e só faz urologia e otorrino com alguém mais velho e eu perguntei “Mas que raio, o que é isto? Isto não pode acontecer...”. Se já existe um problema numa valência por não haver pessoas suficientes integradas, como é que estão a expor neste caso, assim, com pessoas no recobro que fazem urgência? Não faz sentido nenhum. Ou então pelo contrário. Vai tudo o que é novo para o recobro e o que é velho para a equipa de urgência, o que também não pode ser.”

✓ **Falta de enfermeiros**

E11 – “e se calhar também agora de falta de pessoal, com pessoal a integrar-se”, “Esse é o maior problema. É não haver gente para integrar toda a gente ao mesmo tempo”

✓ **Colmatar falta de elementos com enfermeiros em integração**

E9 – “Existe falta de pessoas, fecha-se uma sala! Não á a remediar... estamos constantemente a remediar... não se remedeiam pessoas, não se remedeiam cuidados e aqui assiste-se a isso. Eu estou constantemente, eu vejo constantemente a remediar. (...) se não há enfermeiros suficientes, se aquela pessoa não está há tempo suficiente e integrada, a sala fecha. E não é isto que acontece, porque a sala tem sempre que abrir. Então, quando o anestesista falta, vem outro fazer uma perninha à outra sala? É que eu acho que não...”

E12 – “Houve” (por falta de gente teve que passar a contar como elemento)

✓ **Sentimento do enfermeiro em integração quando falta alguém e tem que retroceder**

E7 – “a pessoa que está a ser integrada, sente-se muito mal... É errado porque para além de todo o processo que quebrou, para além disso a pessoa que está a ser integrada sente que “Ok, isto vai demorar muito mais tempo e quebro aqui, nunca mais é...”, parece que não reconhecem que eu sou... já não sou uma criança no bloco! Já sou no mínimo uma adolescente no bloco. Já posso ficar sozinha! Já fiquei sozinha em tantas cirurgias e em situações que nem devia, quanto mais...”, “o bloco tem muita gente a trabalhar... Nós não estamos nunca sozinhos”

E9 – “Isto acontecia mais vezes quando eu iniciei a integração em anestesia e tinha á integração em recobro, que ia fazer a anestesia na sala, enquanto o outro não chegava ou a que amamentava só chegava às dez e às dez eu saia da sala para ir para o recobro, e acho isto uma falta de...”

E10 – “muitas vezes havia falta de elementos e era preciso voltar ao recobro para reorganizar a equipa”, “uma vez que já estava integrada em anestesia, quando era necessário voltava ao passo atrás”, “É óbvio que quebra a integração e para além disso desmotiva. Cada vez que te sentes mais confiante, se te vão buscar para um posto em que já estás integrada, é porque afinal não estás capaz”, “eu acho que não devia acontecer, mas claro que se não há outra solução...”

E12 – “Tive que passar a contar no recobro, sim”, “Para o posto anterior, sim”

✓ **Disponibilidade do serviço**

E11 – “disponibilidade do serviço para que eu consiga estar acompanhada, ou seja, estar com um quarto elemento naquela sala a ser integrada continuamente, porque depois também fazer uma coisa hoje e depois daqui a duas semanas”

☑ **Importância do integrador**

E7 – “tem que se estabelecer objetivos e tem que haver bom senso, não é?”, “E a pessoa que está a integrar também tem uma função muito importante nessa questão, até para travar outras pessoas que se metam”, “É que comanda...! Nem sempre são as pessoas melhor escolhidas.”

E11 – “acho que há muita disponibilidade. Os nossos colegas têm sido impecáveis”

✓ Sempre o mesmo integrador

E8 – “Não” (ficou sempre o mesmo integrador), “Eu acho que ficar sempre com a mesma pessoa, ajuda imenso, porque ela sabe o que é que já te explicou, o que é que precisa de explicar e a continuidade dos cuidados que tens que ter.”, “fazer o horário com essa pessoa. Isso seria ideal. O horário com alguém adequado a essa pessoa acho que seria o melhor. Mesmo que fosse um “Intermédio”, pronto a pessoa fazia um “Intermédio”, mas estavas todo o dia com aquela pessoa e fazias tudo. Eu acho que isso ia ajudar bastante.”

“acho que devíamos estar sempre com as mesmas pessoas quer seja de anestesia, a circular ou até mesmo a instrumentar, porque até ganhas uma confiança com a pessoa e depois ficas mais à vontade para perguntar porque é mesmo assim. Se não conheces uma pessoa não vais estar tão à vontade... digo eu. Se calhar perguntas, mas mesmo assim é diferente, se estiveres sempre com a mesma pessoa.”, “às vezes dizerem-te assim “Eu faço assim, mas isso sou eu”, depois vai fazer assim porque é ela e tu não sabes o que é que é certo realmente fazer e ficas um bocado... E aqui eu acho que tens que saber as coisas certas”

E11 – “Não, era quem lá estivesse que ficava comigo”, “Acho que não, porque foi sempre também com pessoas diferentes que acabei por estar”, “essa pessoa pode estar um pouco como formadora, a desempenhar esse papel e vai contar para os seus objetivos e se calhar do serviço futuramente. E acho que tanto eu como ela estamos a perder”

✓ Sempre o mesmo integrador conhecedor do ponto da integração

E8 – “Não sabia bem em que ponto é que estava. E às vezes acham que tu estás mais à frente ou mais atrás. Na realidade não sabem porque também não estão contigo, eu acho que isso é normal, não é?”, “E deixam esse papel para quando vierem os outros, os integradores, para os responsáveis na altura”

✓ Integradores pouco recetivos a opiniões

E7 – “Há pessoas que não são muito receptivas... além disso há pessoas que acham que tem que se fazer uma integração como há 10 anos. Se a integração era de 6 meses, agora a integração também tem de ser e portanto, se não é... não facilitam, pelo contrário! Ainda dificultam mais a vida da pessoa que tem que ser integrada. Porque a pessoa tem que ser integrada! Não é? Tem que ser. E depois não facilitam. Não estou a dizer que é toda a gente, mas há muita gente que não... Não ajuda muito nesse sentido. Porquê? Porque há 10 anos quando entraram, ou há 20 tinham 6 meses de uma valência. E então não pode ser... No primeiro mês ficas sozinha...”

☑ Avaliação do processo de integração

E7 – “Nem há avaliação de aquisição de conhecimentos e competências por parte de alguém que tem que o fazer”, “por muito que não goste de ser avaliada, porque é sempre uma situação desconfortável... eu preciso que alguém veja o que eu estou a fazer. E veja se estou a fazer bem ou mal, que faça a avaliação e me diga... Mas isto ninguém faz... Ou faço comportamentos errados ou então pronto... tento ser autodidacta, tento... pronto, fazer o meu melhor...”

E9 – “eu vi essa folha no recobro”, “Só no recobro!”

3. Plano de integração para enfermeiros no BOC

☑ Deram a conhecer o plano de integração das diferentes valências por onde passou

E7 – “Sim”; “Na valência X e no recobro, deram-me a conhecer o dossier e inclusivamente preenchi um plano de avaliação. Nunca ninguém quis saber da minha avaliação, as cruzinhas, o que eu preenchi lá no plano.”; “Ninguém me pediu nada, ninguém me disse nada!”

“Na outra valência não houve plano, não houve papel, não houve discussão de plano de integração nenhuma, não houve nada e acho que isso tem a ver... também acho que está errado, muito errado, porque não houve, lá está, não houve um plano do que é que vamos fazer. E acho que isso tem a ver com o facto de não haver uma pessoa que ficasse comigo.”

E8 – “Não. Deram-me no recobro”, “Eu acho que na valência Y, passado bastante tempo de lá estar mandou-me qualquer coisa para o email, que nunca fizemos”, “Foi bastante tempo depois de lá estar”

E9 – “Só vi do recobro”, “nem sabia que havia”, “nem nunca mos mostraram” (quando questionada se conhecia as das salas)

E10 – “Das várias confesso que não. Conheço o da valência X”, “Sim, foi” (do recobro)

E11 – “Não”, “De integração, não”

E12 – “Muito especificamente, não. Foi-me dito que eu iria começar pelo recobro, que nem todos começaram pelo recobro e depois iria começar nas salas, por valência. Primeiro a anestesia, depois circular e depois instrumentar, na valência X, por exemplo que é por onde eu estou a começar, e só depois é que passaria para outra valência. E que é muito prolongado”, “Sim, vi o do recobro” (sabes que existem planos de integração em papel), “Tinha os objetivos... está fácil de perceber” (o do recobro), “Até ao momento ainda não” (o plano de integração das salas)

☑ De que forma os planos de integração podem ajudar os novos elementos

E7 – “porque orienta um bocadinho o percurso e dá para perceber o que é que até hoje já devem ter feito e daqui a um mês o que devem ter evoluído, dá para ter uma noção que quem não sabe nada não consegue ter (...) isso tem que ser na prática, porque dizer só para o papel e preencher um papel é a mesma coisa que nada.

E8 – “Eu acho que sim. Que é muito importante”, “Até para tu veres o que é que ainda te pode faltar, ou o que é que já tens ou o que é que não tens, até mesmo para teres uma noção dos conhecimentos que tens e que deves adquirir. Que deves ter, não é?”

E10 – “Eu acho que vale a pena existirem, claro. Mas são meramente indicativos, porque isso depende muito das circunstâncias, da pessoa ou do tipo de cirurgias que surgem”, “Eu acho que ajuda no sentido em que a pessoa pode ir lendo e pode perceber em que fase é que está e o que é que precisa ainda de desenvolver. No que é que precisa de insistir”

E12 – “Acho que é importante para saber o que é que é esperado de nós”, “os objetivos”

✓ Importância da avaliação nos planos de integração

E7 – “eu conversava com a integradora da 1ª valência (a que fomos apresentadas) e dizia-lhe aquilo em que eu tinha dúvidas. Debatia com elas coisas específicas, práticas da valência, mas não houve

nenhum processo de grande avaliação (...) esse plano deve ser feito, mas acho que ponto a ponto deve ser conversado com a pessoa que está responsável pela integração.”, “As folhas de avaliação dos planos de integração anestesia, circulação e instrumentação “Fiz todas”, Deram-te a folha e nunca foi discutida com ninguém “Não”.

E8 – “Deram-me a mim as folhas, mas nunca se chegou a preencher”

E11 – “Não” (nunca fizeste a folha de avaliação)

✓ *Timings dos planos de integração*

E8 – “Eu acho que esse *timing* não está bem”, “Devem ser adequados à pessoa”

E12 – “compreendo que se for preciso mais tempo também facilitam, pelo menos do que eu percebi até agora”

✓ *Importância dos objetivos e não dos timings estipulados*

E7 – “Acho que em objetivos a atingir e não tanto focado no tempo. Porque é que tem de ser 6 meses? (...) Eu não tenho necessidade de estar 6 meses na valência X a ser integrada. Acho que é um desperdício de tempo, acho que é um desperdício de recursos humanos e eu acho que não preciso de tanto. Porquê? Porque sou uma pessoa que já tem experiência anterior.(...) deve de ser tendo em conta os objetivos e não o tempo. (...) Eu acho que tem que ser mais por objetivos.”

E8 – “Deve ser por objetivos adquiridos até porque eu posso adquirir mais rápido ou mais de vagar do que um colega meu. E acho que sim, não é por *timings*... Cada um tem o seu *timing*. Eu acho que é errado e aconteceu isso comigo foi o *timing* proposto. São 3 meses e eu estive 3 meses na valência nem mais um bocadinho. E não atingi os objetivos. Não tive acesso ao plano de integração, mas para mim, daquilo que eu sabia, os objetivos não estavam cumpridos. Saí com a sensação de faltar ainda muita coisa. Estava tudo muito... ainda não estava consolidado, estava tudo muito vago.”

E10 – “Acho que faz mais sentido atingir objetivos do que planejar “*timings*”

✓ *Opinião sobre a existência de um plano de integração único para o BOC*

E7 – “As especificidades é que têm que estar.”; “porque não começar pelos princípios básicos e depois se está naquela especialidade, são aqueles objetivos daquela especialidade, que não são objetivos iguais na urologia como na neurocirurgia, impossível.”; “acho que sim, que devia haver”

E8 – “Sim, faz-me mais sentido”, “fazia-se um mais geral com as diversas especificidades de cada valência”, “se calhar é mais prático para todos. E para o fazeres. Para ser posto em prática ou depois ninguém o usa que é o que acontece”

E10 – “Como eu não conheço bem os planos de integração de cada especialidade (...) não consigo avaliar”. Mas se de facto o plano é todo muito semelhante, se calhar faz sentido existir um tronco comum e depois especificidades para cada especialidade”

E11 – “Eu acho que era mais prático ser realmente um para todas as valências”

E12 – “ Não sei bem”, “Acho que se podia fazer se calhar um com as partes comuns e depois cada valência ter as suas especificidades”

✓ *Horários e as dificuldades de integração*

E7 – “as pessoas que têm papéis e que têm que ficar de manhã todos os dias tem essa oportunidade e eu que faço aqueles horários que ninguém faz, que ninguém quer fazer, não é? Que é um grupo restrito de pessoas, é passado à frente, foi no fundo o que a pessoa que me disse. Porque tu não estás aqui todos os dias de manhã e porque tu fazes o horário que ninguém quer”

E11 – “Eu acho que era mesmo o facto do horário”

✓ Insatisfação com as integrações

E7 – “tenho que cruzar os braços mais durante 2 anos, se calhar, à espera que o serviço me dê essa oportunidade. Agora, eu também te digo uma coisa, quando a chefe me vier pedir estas coisinhas (fazer procedimentos) eu se calhar vou-lhe dizer “então não acha que o serviço também tem que me dar alguma coisa?”. Porque é assim eu já faço os turnos que ninguém quer. Já venho trabalhar nos mesmos sítios, eu tenho vontade de fazer uma coisa e o serviço não me dá isso e agora você vem me pedir para fazer estes protocolos? Com que direito é que me está a pedir uma coisa dessas? No meu tempo extra? Que nem sequer é no meu tempo de trabalho? Santa paciência, não é? Mas se calhar é isso que vão fazer. Acho que na integração falta ouvir a pessoa que está a ser integrada”

☑ Reuniões periódicas com a enfª Chefe, enf. integrador e enf. em integração

E7 – “Não. Tive uma reunião com a chefe que foi a avaliação anual.”; “Essa reunião existiu entre mim e a enfermeira X”; Mas com a chefe nunca “Não”, “comigo nunca foi”, “e se houve alguma entre a integradora e a chefe foi sempre sem mim. É possível que tenha havido”.

E8 – “Não”, “Nunca fiz nenhuma”, “Nunca tive. Só tive a reunião de objetivos”, “Não. Só tive uma reunião desde que estou aqui, com a chefe sobre os objetivos. Não tem nada a ver com a avaliação. Nunca tive mais reunião nenhuma”, “e as reuniões eu acho que fazia falta. A mim fez-me muita falta e achei estranho mas não me ia manifestar, mas fazia-me muita falta dizerem-me “se calhar aqui, se calhar ali, se calhar aqui devias estar mais atenta...” porque tu não sabes”

E9 – “Em nenhum lado. Só do recobro fiz uma avaliação final com a enfermeira C”, “Não tive uma reunião, tive uma avaliação final. Reunião não.”

E10 – “Fiz sim senhor”

E11 – “Não”, “nunca tive nenhuma reunião dessas”

E12 – “Não”, “Não. Pode, se calhar, terem falado com a enfermeira que está responsável”, “Não, não, não” (as três juntas)

✓ Importância das reuniões de integração

E8 – “Considero importante, até para saberes o que é que as pessoas acham do teu trabalho, porque têm mais experiência do que tu e podes achar que estás bem e não estás bem, podes achar que estás mal e se calhar até estás bem. Se calhar isso ajudava-te a darem-te achegas ou dicas”

E9 – “Não, nunca, zero. E acho que isso era um ponto importante. Isto facilitava muito, muita coisa, o desempenho profissional da pessoa. Facilitava imenso. Chegar à conclusão que “estas cirurgias nunca tiveste oportunidade para fazer”. Portanto, não se pode por ninguém sozinho”

E11 – “Acho que são importantíssimas, sim”

✓ Quem estabelece que as pessoas estão integradas e podem avançar

E7 – “Foi a enfermeira integradora”; “passaram os 3 meses estipulados pela chefe, a partir daí o que está escalado é eu poder já estar a fazer qualquer uma dessas coisas. Embora, houve alturas em que

estava escalada e tanto a enfermeira A como B (integradoras e responsáveis de valência) vieram ao gabinete dizer que não podia ser.”

E8 – “A mim não me perguntaram nada, nunca”, “Nem me informaram, vi que estava lá”, “Tu vais ao plano e vês amanhã afinal estou a circular. Já não estou de anestesia, mas ninguém te perguntou se realmente já te sentias à vontade para. Claro que às vezes, na parte da instrumentação, se calhar por nosso medo, nós referimos isso, que nunca fizemos aquela cirurgia, se calhar dizemos, mas na parte da anestesia e se calhar a circular vais-te desenrascando e não dizes.”, “te deveriam dizer “olha terminaste esta valência, agora vais passar para aquela”, isso não te é dito. Quando passas para a valência Z e vez que estás acompanhada percebes que se calhar começaste a integração”

E9 – “Assumiram no gabinete que eu tinha integração na valência Z e o que é que vai acontecer? É que eu vou ser colocada lá e o que é que vai acontecer a seguir? É que eu ou tenho a sorte da circulante saber o meu percurso, que não vai acontecer de todo ou não tenho e começa alguém a gritar a dizer que eu não quero instrumentar. E o que é que isso leva a mais? Leva a mais baixas, porque depois as pessoas saturam-se.”

E10 – “que eu saiba não” (se perguntaram à integradora ou à própria se estava apta para mudar), “Eu penso que deverá ter havido essa conversa entre elas. Saber se já estava apta para mudar de valência”

✓ Ouvir os elementos em integração

E7 – “Nunca ninguém me ouviu! Nunca ninguém me perguntou... se eu achava que devia ir para outra... fazer outra coisa...”, “E acho que a pessoa que está em integração tem que ter uma palavra a dizer! É óbvio que não é uma palavra definitiva, mas tem que haver um diálogo”, “não dão oportunidade a uma pessoa que quer mais, a uma pessoa que quer aprender mais”, “na integração também isso tem que se ter em conta o facto da pessoa que quer aprender (...)se calhar aprendi se calhar mais rápido as valências em que estive porque eu também procuro fazê-lo. Eu chego a casa e vou estudar, porque eu quero, porque eu gosto de aprender. Eu gosto de estar, eu gosto de fazer bem, eu gosto, eu quero. E agora, vejo-me numa altura em que quero passar à frente, preciso de passar à frente e sou barrada, não me deixam. Pelas circunstâncias do serviço, que eu compreendo, mas também o serviço tem que entender que eu também preciso disso. De hoje para amanhã o serviço não me pode exigir que eu fique a circular sozinha na valência Z.”, “A chefe ainda não me ouviu. Não ouviu provavelmente a equipa toda. Mas acho que já era tempo para isso”, “de inteirar-se destas coisas. Eu sinto falta de dizer isto, porque eu tenho vontade de mais”, “esta conversa com as pessoas que estão a ser integradas é fundamental. Agora as soluções não são imediatas nem são fáceis”

E9 – “Ah! Não!” (perguntarem a ti se estás apta para progredir)

✓ Como saber feedback do integrador

E8 – “Essa foi uma dúvida que se me colocava bastantes vezes...”, “Tu podes achar que estás a fazer bem e realmente se calhar não estás”, “Apesar de até elas às vezes dizerem na hora, não é? E na hora acho que sim, que deve ser dito, mas mesmo assim, deves ter depois um *feedback* global, de tudo”

✓ Quando fazer as reuniões periódicas

E8 – “Eu acho que fazia sentido nas diversas áreas dentro da valência. Acabas anestesia ou passava o período de integração e fazias uma reunião, nem que fosse mais informal, mas alguma coisa”

✓ Informação ao integrador que o elemento vai iniciar integração na valência

☑ Sugestões de melhoramento dos planos de integração

E7 – “...as pessoas estarem mais disponíveis para ensinar os outros”, “Sugiro que sejam escolhidas as pessoas com mais perfil para isso. E lá está: avaliar a pessoa! Como pessoa. Não tem que ser uma coisa estanque”

E9 – “conter um tempo e avaliações entre o chefe, a pessoa que está responsável por essa pessoa, e que deve estar com essa pessoa realmente e quem está em integração. (...) Existe uma pessoa que está responsável e na realidade isso acontecer e depois ser feita a avaliação entre essa pessoa e a que está a ser integrada. E porquê? Para terem a noção de quantas cirurgias é que esta pessoa fez quando estava sozinha, quantas cirurgias e quais as cirurgias que lhe faltam, que se calhar até um dia pode estar sozinha naquela cirurgia tipo A e dar resposta e depois na cirurgia tipo B em que nunca mexeu numa caixa de cirurgia aberta, se calhar não pode estar sozinha. É importante olhar primeiro para os planos, antes de se fazerem distribuições. Antes de se fazerem distribuições tem que se olhar para os planos. Eu estou integrada na valência Z e não estou integrada na valência Z.”

E10 – “eu acho que a questão do horário para mim é um fator importante”, “Sim, exato” (fazer só manhãs?), “Existir o número de elementos necessário para permitir que as integrações sejam feitas de modo contínuo”

E11 – “Eu acho que era mesmo o facto do horário, porque realmente as cirurgias electivas, o grosso, é de manhã e eu acho que era muito importante termos um colega mais velho, com mais experiência que estivesse mais afeto a nós. Como um tutor, ou como nos estágios”

E12 – “achava importante passar pelo menos um ou dois dias nas salas”, “só a observar, para depois passar ao recobro e compreender um pouco melhor o que é que se passa na sala”

☑ Importância do manual procedimentos existente no serviço

✓ Conhecimento do manual de procedimentos existente no serviço; hábito de consulta

E7 – “Sim”

E8 – “Sim, sim. Já consultei algumas vezes”, “E muitas vezes ajuda, tens dúvidas, não sabes como é que se faz, não sabes o material todo, vais ao procedimento e acho que ajuda bastante. Pelo menos a mim ajudou-me porque o consulto algumas vezes”, “antes das cirurgias. Tento ir na véspera, mas se não conseguir ir de manhã antes de iniciar...”

E9 – “Sim, conheço”, “às vezes” (hábito de consulta)

E10 – “Sim”, “às vezes”

E11 – “Sim”, “Agora sim mais vezes. Nomeadamente quando estou a preparar os carros de circulação apoiava-me muito nesses manuais, e quando agora comecei a fazer um curso no exterior de instrumentação, também usei para algumas coisas”

E12 – “Sim”

✓ Em que circunstâncias costuma consultar

E7 – “a cirurgia que vou ter e não estou tão à vontade, vou ver para me dar umas luzes, para não ir tão às cegas. E vou para tirar dúvidas, fiquei com uma dúvida numa cirurgia qualquer... lembrei-me: há como é que ele faz aquilo... porque é que faz aquilo... o que é que quer dizer mesmo isto... Então vou pesquisar para tirar essa dúvida.”

E8 – “Sim, mais para fazer o carro e para a técnica, as duas coisas. Apesar de alguns na técnica não estarem muito específicos”, “Agora para ajudar a fazer o carro, ajuda muito, está lá sempre o material todo e isso ajuda bastante”

E10 – “No planeamento da cirurgia, no dia anterior”, “ou às vezes quando há alguma dúvida relacionada com a cirurgia seguinte”

E11 – “Na véspera.”

E12 – “Neste momento consultei para ver algumas cirurgias que vão acontecendo naquela valência e consultei também alguns cuidados quando estava no recobro, dos cuidados pós operatórios também”

✓ Principais dificuldades encontradas na sua consulta

E7 – “Acho que não há muitos procedimentos...Acho que nos procedimentos em si, não está focado exatamente aquilo que eles vão fazer na cirurgia, em muitos procedimentos”, “Focados nos livros e no geral, exatamente! (...) Não acho que isso seja o objetivo de um procedimento, tem que ser o mais adequado com o que se faz aqui. Então se a pessoa que fez isto sabe que eles usam canivete elétrico com o valor não sei quanto, então ponham!”, “Ou desapareceram ou então não estão impressos ou não sei...”

E8 – “É importante existir, desde que esteja atualizado (...) não sei como é que está agora, mas faltava muita coisa”

E9 – “alguns estão um bocado desatualizados, há cirurgias que faltam, principalmente nas valências Y e Z, em que faltam muitos procedimentos (...) já por 2 ou 3 vezes que fui consultar e que não havia os procedimentos que eu queria, porque são cirurgias que se fazem menos vezes e que eu não tive oportunidade de ver. Depois tem lá o material, mas os passos cirúrgicos não estão muito perceptíveis, é o que eu acho”

“Faltam lá coisas que podem parecer ridículas, mas que eu acho importante. A primeira vez que eu fiz uma cirurgia D que é, por exemplo: primeiro passo dar o bisturi, depois o trocar nº tal, depois o trocar nº tal, a sequência. Isto não está escrito e para quem fazer isto a primeira vez, é isto que lhe interessa, porque vai super nervoso, porque não sabe qual é o trocar que há-de dar. E é chato eles terem que pedir qual é o trocar. Se mostrarmos na primeira vez que até sabemos, mais confiança vão ter na equipa. Ora “Esta é a primeira mas até sabe.” Agora como isto não está... E sim, é muito bonito ir-se ver à internet, mas não é igual... de todo. Nós não temos os materiais que há na América, não é? Não tem nada a ver e portanto não acho que seja... Acho que é uma coisa importante que devia estar mas realmente bem feito. E acho que cada valência devia de ter o seu dossier.”

E11 – “Primeiro acho que não há muitos, acho que há aí uma grande falta e nunca senti assim muita necessidade porque já trazia experiência” (procedimentos na área da anestesia), “Eu acho que ele está muito completo, pelo menos na valência em que eu tenho estado mais e até acho que está bastante atualizado. Tenho visto que os colegas têm atualizado periodicamente, não é? E que até está bastante completo. Pelo menos eu gosto de ir lá e tem-me ajudado imenso a preparar os carros”

✓ Procedimentos executados por quem está em integração

E8 – “ainda cheguei a fazer dois procedimentos, isto também ajuda. Pelo menos eu acho que é bom fazermos procedimentos”, “é uma aprendizagem e na aprendizagem isso faz sentido. Se tu fizeres o procedimento acabas por estar a estudar e a aprender a técnica que se faz.”

E9 – “pediram para fazer da cirurgia A e eu não tinha sequer chegado à valência Y, quanto mais há Z, mas depois foi-me pedido para fazer da cirurgia B, mas eu, apesar de ter muito tempo de integração na valência X, eu nunca fiz esse tipo de cirurgia na minha vida”

✓ Problemas na execução dos procedimentos

E7 – “pedir-me a mim para fazer um procedimento ou protocolo, também não seria o mais adequado, como já me pediram”, “eu não sei a mesma coisa que a pessoa que está lá que é responsável de valência, que está lá todos os dias. É evidente que a pessoa que está lá todos os dias vai fazer aquilo sempre bem. E vai saber qual é o fio que aquele usa e o outro usa...”, “Mas será que a pessoa que a pessoa que está a fazer isso depois vai por as coisas de forma a ficarem tão claras e tão objetivas e tão práticas...”

E9 – “os procedimentos nunca deveriam ser feitos sozinhos. Muitas das vezes o que acontece é que “Ah, tens que fazer o procedimento”. Tudo bem. Faço o procedimento, peço 50 vezes à pessoa que está responsável de valência para ver. Ou como já aconteceu comigo na valência X. Eu fiz o procedimento, deixei para a responsável de valência ler e a responsável de valência perdeu por duas vezes o meu procedimento. À terceira peço desculpa mas já não faço mais nenhuma. Estão a gozar com o meu trabalho, porque eu até estive aqui em penhada a fazer isto para depois se perder no carrinho com o meu nome e tudo. Acho falta de respeito”

✓ Sugestões

E9 – “Deviam estar online”

✓ Tem conhecimento que os procedimentos estão na intranet

E7 – “Sim”

E8 – “Eu ouvi-te noutra dia dizer que estavas a introduzir qualquer coisa lá online, mas nunca pesquisei.”, “Não consultei, não sabia e soube por mero acaso por ti”

E10 – “Sei”

E11 – “Não”

E12 – “Sim”

✓ Costuma consultar os procedimentos na intranet

E7 – “Não (...) não consegui lá chegar (...) primeiro, não é de fácil acesso, é difícil lá chegar”, “não acho que seja uma forma fácil de lá chegar e depois olhas para aquilo e pensas, mas isto é uma ninharia mediante aquilo que deveria estar...”, “Não está de fácil acesso e tem muito, muito, muito (...) muito poucos!”

E8 – “Não, nunca”

E9 – “Não. Já consultei alguns, mas não é de todo um hábito, porque às vezes é mais fácil ir buscar”

E10 – “Costumo usar mais o suporte de papel”, “Acho que tem mais a ver com a disponibilidade do registo em papel”

✓ **Facilidade no acesso aos procedimentos que estão na intranet**

E7 – “Acho” (que estão de fácil acesso e que o dossier é fácil de consultar)

E9 – “inicialmente eu não sabia que estavam disponíveis na intranet, porque nunca ninguém me tinha dito. Só quando comecei o estágio no hospital X é que percebi, porque conseguia ter acesso aos procedimentos dos 3 hospitais e só aí é que eu percebi que aqui também tínhamos. Portanto eu soube isto para aí em Abril, Maio. Foi quando tomei conhecimento que estavam na intranet, antes disso não sabia de todo. Pensava que era só ali os procedimentos, por isso é que também não os consultei antes.”

E12 – “Não, não estão! Mas eu pedi ajuda a colegas”

☑ **Opinião sobre a importância de vídeos com os principais passos das diversas cirurgias efetuadas no BOC**

E7 – “Acho que sim. Acho que sim, numa época de informática, não faz sentido que haja papel e papel e papel...”, “mas devia ter um acesso mais fácil”, “sim, sem dúvida” (a ajudar)

E8 – “Eu acho que isso ia ajudar imenso”, “Eu acho que isso era o ideal, pelo menos para mim. Uma coisa resumida que seja prática, o posicionamento do doente...”, “Eu acho que era muito importante. Até porque lá está, a valência X não tem posicionamentos muito diferentes, cheguei à valência Y e tem muito mais tipos de posicionamentos, o que dificulta e não consegues fazer logo todos os posicionamentos. Onde é que leva o rolo, onde é que não sei quê... Se calhar se visse, seria muito mais fácil. Muito mais fácil do que estar escrito. Tudo o que se vê, pelo menos para mim, é mais fácil de assimilar.”

E9 – “Acho que sim. Isso é uma ideia interessante, por acaso., “Eu acho que isso era muito mais facilitador da aprendizagem, porque nós retemos muito mais a ouvir e ver do que a ler, e percebemos”, “Isso era excelente, excelente. Isso é excelente”, “Excelente. Boa sorte. Dava muito jeito, eu acho”

E10 – “Eu acho que pode ser uma boa ideia. Poderia ajudar. No entanto, cada equipa muitas vezes tem as suas particularidades. Ok, para a pessoa ter uma ideia, a noção do que +e que vai acontecer”, “Acho que é uma ótima ideia”

E11 – “Sim (...) noutra instituição onde já trabalhei, existia, nomeadamente na montagem dos equipamentos e isso era mesmo muito bom. Eu lembro-me nas percutâneas, aquilo era muito difícil, o lithoclast, mostrar tudo, e eu lembro-me que nós tínhamos um vídeo disso e então era muito mais rápido”

E12 – “acho que sim. Não tanto agora ainda na anestesia, mas quando passar para a circulação e para a instrumentação, para conhecer os passos da cirurgia”

✓ **Disponibilidade dos vídeos na intranet**

E11 – “Sim, sim”, “Eu acho. Isso era uma grande mais valia”

✓ Mudanças com a nova chefia

E7 – “a nossa atual chefe tem vontade de fazer alguma coisa pelas pessoas que estão em integração, porque realmente se não fizer agora, as pessoas vão aprender mal e no futuro vão ensinar mal.”

Anexo IX – Análise das entrevistas a efetuar aos enfermeiros da equipa de coordenação

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS FEITAS AOS ENFERMEIROS DA EQUIPA DE COORDENAÇÃO

1. Percurso profissional

☒ Tempo de exercício profissional

E13 – “Estou a completar os 30 anos”

E14 – “21 anos”

☒ Tempo de exercício profissional no BOC

E13 – “10 meses”

E14 – “15 anos”

☒ Experiência prévia de desempenho de funções em bloco operatório

E13 – “Nenhuma”

E14 – “Sim (...) 2 anos”

☒ Desempenho de cargos de chefia desde há quanto tempo?

E13 – “dezassete anos. 12 anos em Medicina interna e cinco anos em cuidados intensivos cirúrgicos”

☒ Motivo da vinda para o bloco operatório

E13 – “Aceitei o desafio, não sendo a minha opção. Nunca me passou pela cabeça trabalhar em bloco, no entanto, uma vez que me foi pedido este trabalho e uma vez que era gestão e que tinha obrigação de dar resposta, uma vez que já tinha muitos anos de chefia, aqui estou...”

2. Integração em bloco operatório

☒ Importância atribuída à integração dos enfermeiros

E13 – “A integração é importante em qualquer serviço. No entanto (...) em bloco operatório tem necessidades absolutas de ter tempo para integração e se num serviço de internamento, ao fim de 3 / 4 meses, podemos considerar que o elemento se calhar está capaz de dar resposta, em cuidados intensivos talvez um pouco mais ou não dependendo da experiência prévia, em bloco operatório, haja uma experiência prévia que não seja de bloco ou seja entrada sem qualquer tipo de experiência, precisa-se de muito mais tempo para dizermos que o elemento está integrado. E, apercebo-me também que poderá haver elementos que por muito tempo que tenham já de bloco operatório, podemos sempre considerar que não estão integrados. (...) Porque podem estar integrados numa valência, mas não estão de todo em duas ou três”

E14 – “Ter um bom integrador e a duração da integração, é muito importante”

✓ **Objetivo traçado para cada enfermeiro do serviço**

E13 – “que é o objetivo se calhar que nós pretendemos para cada elemento, é que cada um dê resposta em duas ou três valências.”

✓ **Visita à central de esterilização**

E13 – “Penso que sim, que é importante”, “Eu acho que era importante, porque é o serviço com o qual lidamos, e dependemos muito da esterilização. Sendo que se não tivérmos, e era importante que toda a gente tivesse também a ideia de qual é o trabalho da esterilização, porque muitas das vezes há pressões sobre a esterilização que se tivéssemos o conhecimento de como é que a coisa se passa lá, não se fazia.”

☑ **Início das integrações pelo recobro ou por sala operatória**

✓ **Com experiência de enfermaria, começar pelo recobro**

E13 – “eu penso que tem nos facilitado a vida o facto de os colegas que vêm do internamento começarem pelo recobro, que acaba por ser o mais parecido com aquilo que era a sua realidade, sendo que o recobro não é uma parte fácil do serviço, até porque as várias valências têm coisas muito específicas, às quais têm que estar atentos, mas acaba por ser o mais parecido com o internamento. Portanto, parece-me que é facilitador para quem vem de um internamento começar pelo recobro.”

E14 – “depende assim um bocadinho da experiência das pessoas, para se aproveitar um bocadinho da experiência que as pessoas têm. Talvez a ida logo para o recobro seja mais rápida, para as pessoas que vêm dos internamentos, não é? A integração no recobro acaba por ser mais fácil”

✓ **Sem experiência nenhuma, começar pela sala operatória**

E13 – “Quem vem de novo para bloco operatório eu penso que é indiferente, se calhar até é melhor por sala porque dá-se a novidade, mas aí tudo seria novo, portanto, começar pelo mais específico.”

E14 – “Pessoas sem experiência nenhuma tanto faz irem para as salas ou irem para o recobro.”

✓ **Com experiência de bloco, é indiferente, adaptado a cada realidade**

E13 – “Para quem vem de outros blocos, também penso que é um bocadinho indiferente. Se tem experiência, e nós temos essa realidade, adaptando às realidades de onde vinham, um elemento começou no recobro porque vinha de um bloco operatório mas que era mais cuidados intensivos que um bloco e portanto era mais fácil até para começarmos a “utilizar” a pessoa, começar pelo recobro. O outro elemento começamos por sala, ainda nem sequer foi ao recobro. Penso que é um bocadinho mais indiferente nestas situações.”

✓ **Comecei pelo recobro**

E14 – “para aí uns 3 meses que eu estive no recobro”, “Foi recobro, depois foi sala e depois voltei para o recobro e depois foi sala outra vez, sim.”

☑ Tempo de duração da integração na 1ª fase – acolhimento / observação

E14 – “Havia outra disponibilidade de tempo para sermos integrados e eu lembro-me que comecei no recobro onde permaneci durante muito tempo e depois fui para as salas, mas não houve assim nenhum tempo de observação”

✓ Curso de integração ao hospital

E14 – “Fiz”, “Era umas horas, sim.”

☑ Tempo de duração da integração na 2ª fase – enfermeiro do apoio à anestesia

E14 – “Já não me recordo muito bem, mas sei que tive muito tempo na valência X e de anestesia sei lá... talvez uns dois ou três meses, para aí...”

✓ Acompanhada

E14 – “no início acompanhada e depois já numa fase seguinte sozinha”, “talvez para aí um mês, dois meses... Para aí um mês”

✓ Conhecimentos prévios de anestesia

E14 – “Eu como tinha experiência já de bloco”

☑ Tempo de duração da integração na 3ª fase – enfermeiro circulante

✓ Acompanhada

E14 – “Numa fase inicial acompanhada, mas já não me recordo durante quanto tempo... sei lá... não sei. Nunca menos de 1 mês! Nunca menos de um mês... no mínimo 1 mês”

☑ Tempo de duração da integração na 4ª fase – enfermeiro instrumentista

✓ Tempo acompanhada

E14 – “era um bocadinho diluído porque acaba por se aproveitar algumas oportunidades, não é? Algumas cirurgias que nós já possamos ter feito como instrumentistas, depois aproveitamos aquilo que já sabemos, não é? Depois há outras em que precisamos de estar acompanhadas e que não dá para ficar sozinha, ainda nessa fase de integração”

“Sei lá... não sei... para aí uns 3 meses”

✓ Cimentar conhecimentos e experiências (2, 3 meses além do período de integração)

E13 – “Parece-me bem”

✓ Tempo total de integração na 1ª valência

E14 – “uns 6, 7 meses de integração de integração na 1ª valência. Primeira, sem contar com o recobro”

✓ Diferentes tempos de aprendizagem em diferentes pessoas

E14 – “também tem a ver com o tempo que as pessoas levam a ser integradas e com o tempo próprio da pessoa. Nós temos pessoas que nos dão uma resposta muito eficiente e eficaz e temos outras que demoram muito tempo a aprender a mesma coisa que outras fazem num espaço curto de tempo. E temos que respeitar esses tempos. E por isso a integração depende muito também do tempo da própria pessoa e da forma como a pessoa adquire toda a informação que é dada num serviço destes, que é muita”

☑ Principais dificuldades

✓ Localização dos materiais

E14 – “A maior dificuldade? Talvez a localização dos materiais. Saber o sítio às coisas, não é? Saber dar resposta a tudo aquilo que é solicitado na sala em termos de materiais.”

☑ Tempo necessário para as integrações

E13 – “Em termos de tempo, para além das necessidades de cada um, porque cada elemento é diferente, um tempo mínimo por especialidade, seja ela anestesia, circular... instrumentar será ainda mais complexo, não é? Mas pelo menos na anestesia e circulação eventualmente um tempo comum para cada especialidade. Não sou capaz de dizer o tempo.”

☑ Dificuldades do serviço

✓ Valências que só vão ao bloco 2, 3 vezes por semana

E14 – “temos esses contras também que são valências que Vêm cá 3 vezes por semana em que precisam de ter pessoas integradas mas que depois tu não consegues manter a pessoa só naquela valência, porque nos outros dias a pessoa tem que estar noutra sítio qualquer”

✓ Falta de tempo para fazer as integrações

E14 – “Falta de tempo, para integrar pessoas que fiquem relativamente bem integradas”

✓ Colmatar falta de elementos com enfermeiros em integração

E13 – “Cada vez que há necessidade de alterar pessoal de sala, tem que se ir buscar e, portanto, há uma interrupção, estamos sempre a interromper”

☑ Primeira integração

✓ Três meses de integração

E13 – “Portanto o tempo será muito superior em termos de necessidade de integração”

E14 – “as pessoas gostavam de estar mais tempo nas valências, de terem outras vivências e de acordo com aquilo que está estabelecido pela nossa Direção de Enfermagem não é possível porque tu neste momento... estão-nos a dar 3 meses para integrar uma pessoa em 2 áreas. Nomeadamente

o recobro e uma especialidade, o que acaba por ser insuficiente. Isso é uma realidade que todos nós percebemos que não funciona”

“Não conseguem ficar acompanhados”, “Depois temos pessoas que ficam estacionadas muito tempo em determinada valência ou em determinado posto de trabalho. Ou no recobro, ou de anestesia...”

✓ **Enfermeiro em integração segue o horário do integrador**

E13 – “é um bocadinho tentar gerir dentro daquilo que é o horário que as pessoas pedem, não é? Porque temos também os pedidos e aquilo que o serviço necessita, que quando se têm só X pessoas para fazer um horário como o nosso, com tantos prolongamentos e tudo, temos que jogar com as pessoas que temos, não é? Mas sim, preferencialmente manhãs”

“preferencialmente o mesmo elemento a fazer integração”

E14 – “Sim”

✓ **Diluição das fases de anestesia / circulação**

E13 – “acaba por juntar as fases, não digo a parte da instrumentação que já é um bocadinho mais à frente, mas entre a anestesia e a circulação, o não ser estanque, portanto, são 3 semanas da anestesia que não se juntam com a da circulação. Se calhar a anestesia e a circulação até podemos começar a... desde que siga sempre a mesma pessoa, ora está de anestesia, ora está de circulação e evidentemente que se está na mesa já será mais complicado e temos que esperar para a pessoa tenha o mínimo para passar para a integração (...) passar à mesa, passar à integração na instrumentação, mas sim, se calhar (...) torna o processo mais fácil para todas as partes”

✓ **Começar pela anestesia**

E14 – “A minha opinião era que por exemplo o enfermeiro, e numa fase inicial, começa sempre pela anestesia, era o enfermeiro a seguir a pessoa pela anestesia das várias valências. Não ficar só de anestesia... ou seja segue a pessoa e não a especialidade cirúrgica”

“Acho que a pessoa acaba por ter outro tipo de experiência a nível de anestesia, consegue dar resposta a outras situações que possam aparecer. Às vezes têm que ir para outra sala, com outra especialidade e necessitam de saber de outras coisas de anestesia que se calhar em determinada valência não é tão frequente se efetuar dessa maneira a anestesia. Eu para mim era isso, era seguir a pessoa e não a especialidade.”, “só na anestesia”

✓ **Perfil do integrador em anestesia**

E14 – “Alguém que estivesse mais direcionado para a anestesia. Há pessoas aqui no serviço que até têm uma pós graduação em anestesia e que seria ótimo para essas pessoas”

✓ **Valência ideal para iniciar as integrações no bloco**

E14 – “em relação à especialidade a que as pessoas deveriam começar a integração, eu sou da opinião de que deveriam começar pela cirurgia geral, uma vez que é uma valência de onde nos dão grandes ferramentas e nos dão uma base para todas as outras especialidades, e neste momento nós

temos uma falha imensa nessa forma de integrar as pessoas porque não conseguimos ter pessoas suficientes para proceder a essa integração cujo início seja na cirurgia geral. Por mim seria o ideal, ter pessoas a começar a integração na cirurgia geral, mas isso muitas vezes não é possível”

“A mais parecida seria a Urologia porque tem cirurgia aberta, apesar de eles cada vez mais fazerem tudo maioritariamente por laparoscopia, não é? E endoscopia, mas uma das parecidas, sim, que se poderá aproveitar e que nós já o fizemos também é urologia”

3. Plano de integração para enfermeiros no BOC

☑ Avaliação dos atuais planos de integração

E14 – “nomeadamente um guia de integração. Está feito mas não é seguido, e se calhar precisa de ser revisto, de ter ali outras melhorias”

“Estamos a piorar... Essencialmente pela falta de tempo. Pela falta de gente que temos. Neste momento temos números, mas as pessoas não estão integradas. Temos pessoas que estão aqui a trabalhar há 2, 3 anos e que têm o recobro e uma valência cirúrgica, no máximo duas o que se torna insuficiente mesmo depois para dar resposta às necessidades do serviço, nos prolongamentos, nas urgências.”

☑ Nível de cumprimento do plano de integração

✓ Dá a conhecer o plano de integração ao enfermeiro que tem a seu cargo

E13 – “Relativamente aos integradores, também é assim, é verdade que não estão a ser entregues os planos de integração”, “temos que tentar melhorar essa situação, não é?”

✓ Pressão nas integrações

E13 – “queremos sempre que andem mais depressa, “despachem-se lá com isso que estou a precisar de vocês já ali”, não é?”

✓ Opinião sobre a existência de um plano de integração único para o BOC

E13 – “Penso que seria a melhor opção”

✓ Dificuldades do serviço que impedem o cumprimento do plano de integração

E13 – “Eu penso que a falta de pessoal acaba por ser aquela que trás mais problemas, não é?”

“o não conseguirmos dar espaço a que os elementos que estão em integração e se considerarmos que a integração não é um mês ou dois, mas são vários meses e não lhes damos espaço para poderem ser integrados e acabamos por estacioná-los onde já dão resposta, porque sim, porque não conseguimos fazer evoluir, eu acho que esse é o principal constrangimento, porque de uma maneira geral as pessoas estão disponíveis para fazer as integrações, umas mais outras menos, mas pronto, com mais ou menos “refilice” as coisas correm, mas este constrangimento da falta de pessoal é que acaba por limitar a situação e não conseguirmos fazer evoluir as pessoas”

✓ **Imposição do serviço em fazer 2 meses de roulement (urgência) por ano**

E14 – “Exatamente”

✓ Entrada e saída de enfermeiros do serviço

E13 – “O que não é mau de todo porque acaba por haver uma renovação “do stock””, “Vícios vai haver, mas vamos tentando contrariar os vícios e pronto. Sangue novo acaba por ser sempre bom para o nosso crescimento”

✓ **Entrada de muitos elementos novos em simultâneo**

E13 – “com tanta gente entrada ao mesmo tempo e a necessitar de várias fases de integração, alguns até são capazes de sentir que foram deixados para trás, não é? Pronto, é o risco que corremos”

E14 – “Neste momento já temos uma equipa com gente suficiente, só que para dar resposta às necessidades do serviço, nós não conseguimos ter as pessoas com o tempo que desejávamos que tivessem de integração”, “Só que entraram todos ao mesmo tempo e acaba por ser uma coisa um bocado complicada. São pessoas sem experiência...”

✓ Reuniões periódicas com a enfª Chefe, enf. integrador e enf. Em integração

E13 – “Sim. Acho que é importante. O ser com o chefe é mais aquela presença da... responsabilização, porque estão perante o chefe, mas o importante mesmo é com o integrador. O próprio fazer a sua auto avaliação e com o integrador, sim senhora, há este ou aquele ponto que tem que ser melhorado, temos que investir mais aqui ou além.”

“Relativamente ao chefe, é importante o chefe saber, claro, em que *timings* é que estamos, até porque há uma expectativa em relação aos elementos e dada a grande necessidade que temos deles”

E14 – “É importante, sim. Eu acho que é importante”, “Nós aqui acabamos por ter algum *feedback* das pessoas que estão a acompanhar as integrações, mas torna-se insuficiente e mesmo para quem está a ser integrado acho que a pessoa se sente mais acompanhado com estas reuniões por parte da chefia”

“Deveria ser feita, sim. Avaliações periódicas”

✓ **Informação ao integrador que o elemento vai iniciar integração na valência**

E13 – “se calhar não se está a dizer concretamente “Está aqui fulano para ser integrado”, mas a verdade é que na distribuição estão sempre distribuídos com eles, portanto...”

✓ Sugestões de melhoramento dos planos de integração

✓ **Integração em todas as valências**

E14 – “Nós temos pessoas específicas, nomeadamente as responsáveis e as corresponsáveis ou as segundas responsáveis, essas sim devem ficar mais direcionadas, as restantes pessoas não dá... não é viável, porque com as integrações que nós temos e com a necessidade que nós temos nos

prolongamentos e mesmo nas situações de urgência, não dá para tu teres uma terceira pessoa ou uma quarta pessoa também só fechada, afeta aquela sala, não é? Porque acaba também por te limitar só ali àquela especialidade e eu acho que isso deve acontecer só com os responsáveis. Os outros elementos não. Acho que devem ter uma experiência das outras valências todas.”

“Toda a gente deve saber sim. De manhã sim, faz-me sentido estar uma responsável mais afeta, uma ou duas responsáveis, mesmo para algumas dinâmicas que o serviço exige em termos de material, agora o resto das pessoas, acho que elas têm que circular pelas outras valências e pelo recobro”

☑ Equipa só de recobro

E14 – “só de recobro, também não concordo”

☑ Importância do manual procedimentos existente no serviço

✓ Conhecimento do manual de procedimentos existente no serviço

E14 – “Sim”

✓ Em que circunstâncias se costuma consultar

E14 – “Acho que ele se calhar já foi mais consultado, apesar de haver pessoas ainda a consultarem o manual e eu própria também já lá fui buscar procedimentos para ver determinada especialidade”

✓ Manter os manuais com os procedimentos em suporte de papel

E13 – “Sim, sempre”

✓ Criação de dossier só com listagens de material

E13 – “Isso acabaria por ser quase uma check list. Isso pode ser facilitador, o facto de já estar no procedimento... mas no procedimentos temos que andar à procura, alguns têm 3 e 4 folhas e esse pode ser chamado outra coisa... listas... e estar à parte e ser mais fácil para consultar”

✓ Dificuldade na colocação dos procedimentos na intranet

E13 – “Sim, temos o constrangimento de ser só uma pessoa a colocar e para o centro hospitalar todo”

✓ Como resolver essa dificuldade

E13 – “acho que a Direção de Enfermagem já pôs a hipótese de serem eles próprios, a direção ou o secretariado da direção a fazer a colocação”

✓ Facilidade no acesso aos procedimentos na intranet

E14 – “não é fácil aceder”, “Efetivamente o acesso não é muito fácil. Se eu acho que ele é utilizado ou não... acho que não”

“Acho que se calhar facilitaria fazer a digitalização daqueles procedimentos, colocar num ficheiro e ter esse ficheiro acessível a todas as pessoas para que todas as pessoas em casa o pudessem

consultar. Porque às vezes para cirurgias do dia seguinte, pessoas que não têm muita experiência e que vão estar a instrumentar ou que vão estar a circular, mesmo em casa poderiam ter acesso a essa informação e se calhar aí a consulta seria mais fácil do que estar aqui a folhear os dossiers”

“se calhar nem sabem que existe... é possível”

✓ Existências de manuais de procedimentos por valência nas salas operatórias

E14 – “Não. Não concordo! Não concordo. Só se for em ficheiro informático no computador da sala, em suporte físico nunca. É mais papel dentro da sala e isso temos que evitar. Depois limitar também às salas... colocando um ficheiro... porque tu tens salas onde tens várias valências, a sala 3 podes ter cirurgia plástica, podes ter neurocirurgia. A 6 onde vai também além dessas todas a ORL, a cirurgia geral, plástica. Se calhar um ficheiro completo no computador da sala, acho que a mim (...) acho que era bastante bom.”

☑ Opinião sobre a importância de vídeos com os principais passos das diversas cirurgias efetuadas no BOC

E13 – “Isso era fantástico, porque é assim, se é uma coisa que eu me apercebo que será importante é de véspera, que é quando nós sabemos do programa do dia seguinte, as pessoas prepararem-se para a intervenção. O facto de estarmos à espera de que haja sempre alguém atrás que seja o apoio e que esteja a buzinar agora é isto, agora é aquilo é importante, mas também acho que seria importante as pessoas procurarem elas próprias prepararem-se para e não irem só à espera... e se não tenho lá alguém, já não consigo e já entro em crise e já não quero ficar naquela sala, e nunca fiz aquilo, ou fiz há muitos anos e agora já não me lembro, e isso seria uma ajuda fantástica”

“Não estou a dizer eu para as mais simples, e vamos descartar as mais simples, mas se calhar há uma cirurgia ou duas por valência que são aquelas que têm maior peso dentro daquilo que é a nossa produção e que se calhar seriam essas a ser feito o vídeo.”

E14 – “Acho que valia a pena. Irias ter muito trabalho, mas... boa sorte... Acho que sim, acho que era uma mais valia para o serviço, mas que efetivamente dará muito trabalho a quem o efetuar...”

✓ Principais dificuldades na execução dos vídeos

E13 – “Isso é um bocadinho como os procedimentos que têm que ser revistos de 3 em 3 anos. Mas se calhar o vídeo teria que ser mais vezes, mas pelo menos em determinadas cirurgias...”

E14 – “valer a pena valia... Não sei se as pessoas usufruíam muito disso ou não, porque o que acontece é que as técnicas cirúrgicas mudam à velocidade da luz, aparecem-nos sempre materiais novos, às vezes a abordagem cirúrgica de determinado cirurgião não é a mesma que o outro da outra equipa. Para o trabalho que irá dar, não sei se será assim uma tão mais valia muito superior à hipótese dos outros procedimentos num ficheiro partilhado por toda a equipa. Provavelmente eu acho que era mais consultado, a consulta era mais eficaz no manual do que através do vídeo”

✓ Disponibilidade dos vídeos na intranet

E13 – “Isso poderia estar numa pasta partilhada na intranet, mas de acesso a uma pasta partilhada para a enfermagem do bloco operatório, por exemplo”